
小児の在宅療養のための ケアマネジメント開発研究事業 2001年度版

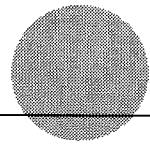
研究報告書

414
2002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

目 次

はじめに	3
事業の概要	7
結果	11
I. 在宅人工呼吸器療法を実施する子どもとその家族のための ケアマネジメントプログラムの有用性に関する事例検討 11 改訂版ケアマネジメントプログラム 21	
II. NICUを退院する子どもと家族のためのケアマネジメント プログラムの開発 26 NICUから在宅療養へ移行する患児のケアマネジメント 36	
III. 小児の訪問看護サービスに関する認識調査 45 医師 48 病棟婦長 59 外来婦長 69 行政職（保健所・福祉事務所・児童相談所） 79 訪問看護の機能について 89 訪問看護を利用している家族 103 訪問看護を利用していない家族 111 訪問看護ステーション 118 地域の違いによる小児訪問看護の実施状況 128 調査結果の考察 133	
IV. 研修会 144	
まとめ	151
資料	155



はじめに

はじめに

今日の小児医療の進歩とともに、医療の質や効率化が問われる中で、慢性疾患や障害をもつ小児やその家族の QOL を向上させるためにも、小児の在宅療養の推進は不可欠である。

本委員会では、1999年度より社会福祉・医療事業団の助成を受け、小児の在宅療養の実態と課題を明らかにするとともに、小児の在宅療養促進のためのあり方について検討してきた。そして、2000年度には、小児の在宅療養を促進するための一助として、入院施設より在宅への移行とその後の継続ケアを含めた、一貫した看護ケアが提供されるための、地域の保健・医療・福祉を含めたケアマネジメントプログラムの作成にとりかかり、最も地域でニードが高い「在宅人工呼吸器療法を実施する子どもとその家族」に焦点をあてたケアプログラムを作成した。

2001年度は、2000年度に作成した「在宅人工呼吸器療法を実施する子どもと家族のためのケアマネジメントプログラム」の有用性について2事例について検討するとともに、学会や研修会を通じてプログラムの普及に努めた。また、小児の在宅療養の中でも、NICU から退院する児とその家族には、医療的ケアの有無に関わらず特別の配慮を必要とするため、2つ目のケアプログラムとして、「NICU から在宅療養に移行する患児（医療処置あり）のケアマネジメント：NICU 看護師・外来看護師・訪問看護師・保健師用」を作成した。これらのケアマネジメントプログラムについては、引き続き普及を図っていきたいと考えている。

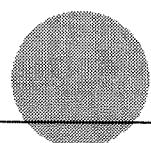
小児の在宅療養を推進するためには、訪問看護ステーションの役割を広く知ってもらい、普及を図ることも不可欠なことである。本委員会を進める過程において、どの程度小児の医療（医師や看護師）・福祉関係者（行政職）に訪問看護ステーションのサービスや機能が認識されているか。また、実際訪問看護ステーションを利用している家族の満足度等はどのような状況であるか、これらの実態調査も行った。その結果、利用している家族は高い満足感を得ているものの、小児の医療・福祉関係者においては、充分に訪問看護ステーションの機能を知って、活用をするまでに至っていないことが明らかになった。そして、この調査を実施したことにより、訪問看護ステーションのサービスを医療・福祉関係者に啓蒙する機会にも繋がった。

小児の在宅療養の推進にはまだ多くの課題があるが、これらの研究成果を踏まえ、行政の力を得ながら今後も現場に寄与して生きたいと考える。

本委員会の事業を行うにあたりご協力いただきました、病気のお子さまをお持ちのご家族の皆様、医療・福祉関係者の方々、研修会の場をご提供いただきました病院の方々、多くの皆様に深謝致します。

2002年3月

小児の在宅療養のためのケアマネジメント開発研究事業
委員長 神谷 齊（国立療養所三重病院長）



事業の概要

事業の概要

1. 目的

本事業の目的は、小児の在宅療養の推進を図るために、以下の4点について実施、検討した。

- ① 2001年度に作成した「在宅人工呼吸器療法を実施する子どもとその家族のためのケアマネジメントプログラム」の有用性について事例検討を行うとともに、その普及を図る。
- ② NICUを退院する子どものためのケアマネジメントプログラムの作成を行う。
- ③ 訪問看護ステーションのサービスについて利用者や医療・福祉関係者への意識調査を実施し、現実的な利用の促進を図る。
- ④ 看護職への在宅療養に関する研修会を行い、現場での実践能力を高める。

2. 方法および内容

(1) 事業推進委員会の設置・開催

小児の在宅療養に携わる入院施設および訪問看護ステーションに勤務している看護職、ならびに本テーマについての有識者による事業推進委員会を設置し、上記事業目的を達成するための内容や方法を企画、実施した。

(2) 「在宅人工呼吸療法を実施する子どもとその家族のためのケアマネジメントプログラム」の有用性に関する検討とその普及：入院施設において在宅人工呼吸器を実施予定の子どもの退院までの看護ケアについて、プログラムに沿いながら実施、評価し、入院施設側のプログラム内容を修正した。さらに、研修会を通して、事例に関する訪問看護ステーション看護師や保健所保健師からの意見を得て、改訂版を作成した。

また、プログラムを全国の病院や訪問看護ステーションに配布するとともに、研修会や第48回小児保健学会（東京）でケアプログラムを紹介し、その普及を図った。

(3) NICUを退院する子どものためのケアマネジメントプログラムの作成：NICUから退院する子どもとその家族には、医療的ケアの有無に関わらず特別な配慮を必要とするため、「NICUから在宅療養に移行する患児（医療処置あり）のケアマネジメント：NICU看護師・外来看護師・訪問看護師・保健師用」を作成した。作成にあたっては、NICUを退院し訪問看護を行っている事例について、委員の他にNICU看護師、保健所保健師、ケースワーカーの助言を得て検討し、ケアプログラムを作成した。さらに、作成したケアプログラムの内容の検討と普及を図ることを目的に、NICUに勤務する看護師、訪問看護師、地域保健師らの参加を募り研修会を開催した。

ケアプログラムは、NICUから在宅への移行、在宅開始から在宅の継続の確立まで含んだ内容となっている。プログラムの形式は、昨年のプログラムに準拠して作成した。

(4) 訪問看護ステーションのサービスに関する利用者や医療・福祉関係者の意識調査：訪問看護ステーションの利用と普及を図るために、実際どの程度、小児の医療・福祉に携わる関係者が訪問看護ステーションのサービスや機能を認識しているか、郵送法に

より調査した。さらに、現在 訪問看護ステーションを利用している家族に利用サービスの内容や満足度を調査した。調査は訪問看護ステーションを通して依頼し、個別郵送回収とした。

調査時期は、2001年11月～2002年1月である。

(5) 研修会

研修会は、看護職を対象に2回開催した。

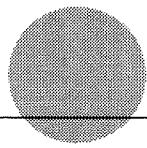
第1回目は、2001年12月22日に開催した。関東近郊のNICUに勤務する看護師、訪問看護ステーション看護師、地域保健師を対象に、作成した「NICUから在宅療養に移行する患児のケアマネジメント」プログラムの有用性を検討するために、講演とグループワークを実施した。参加者は66名であり、活発に意見交換が行われた。

第2回目は、2002年3月30日に開催した。第2回目は、医療的ケアを必要とする子どもや家族の状況を理解し、在宅ケアに必要な知識や技術を知ることを目的に、東京小児療育病院で実施した。参加者は訪問看護師と保健師に限定し、26名の参加を得た。

3. 事業実施体制

本事業の実施に際して、以下のメンバーにより構成される事業推進委員会を設置し、さらにワーキンググループを編成して検討を重ねた。

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	穴田博美 上野桂子 角田直枝 川口千鶴 佐々木静枝 澤田和美 島田珠美 杉山淳子 千速由美子 豊岡千亜紀 西島英利 平林優子 水守法子 山西紀恵 横山由美 渡辺慶子	国立療養所三重病院 副看護部長 社会福祉法人聖隸福祉事業団 理事 訪問看護ステーションいしげ 所長 東京女子医科大学看護学部 助教授 訪問看護ステーション北沢 管理者 東京医科歯科大学大学院 講師 川崎大師訪問看護ステーション 管理者 国立千葉病院 看護師長 あいち小児保健医療総合センター 主任看護師長 埼玉県立小児医療センター 主任看護師 社団法人日本医師会 常任理事 聖路加看護大学 助教授 静岡県立子ども病院 看護師長 横浜市南区医師会協会南区メディカルセンター 訪問看護ステーション 小児訪問看護師 聖路加看護大学 (元) 社会福祉法人鶴風会 羽村訪問看護ステーションたんぽぽ 看護師



結果

I. 「在宅人工呼吸器療法を実施する小児とその家族のためのケアマネジメントプログラム」の有用性に関する事例検討

1. はじめに

近年、高度医療を受け、在宅療養へ移行している慢性疾患および障害をもつ子どもと家族が増加しているが、それを支援していくシステムや移行後のフォローアップが確立していない。本委員会では、平成13年度に「在宅人工呼吸器療法を実施する小児」を対象として、入院施設から在宅療養に移行する時期に焦点をあて、一貫したケアを提供するために地域の保健・福祉を含めたケアマネジメントプログラムを作成した。今年度は、そのプログラムに基づき、在宅療養を実際に支援した結果を評価して、より有用性が高く、実行可能なプログラムに改訂することを目的として、病院から在宅へ移行する2事例に対し、プログラムを実践し評価を行った。

2. 方法

東京都にある療育中心のT病院から在宅療養に移行する2事例に対し、在宅人工呼吸器療法を実施する小児と家族への指導を経験したことのない看護師4名が中心となり、「在宅人工呼吸療法を実施する小児とその家族のためのケアマネジメントプログラム」を実践した。プログラムを実践する過程では、2～4週間に1回、本委員会の委員がプログラム内容についてコンサルテーションを行った。

期間：平成13年8月23日～平成14年1月16日

評価：プログラム実践期間中、委員会において実践した内容について、情報提供し、

必要時スーパーバイズをした。プログラムにそった実践後に内容について再検討し、プログラムの改訂を行った。

施設：東京都M市にある重症心身障害児施設・肢体不自由児施設を併せもつT病院の在宅支援ベットを20床もつH病棟であった。

従来この病棟では、受け持ち看護師が日常ケア技術の指導内容を、院内の看護部で作成されていたパンフレットに従い、退院指導を行っていた。また、社会資源や福祉に関する支援内容については、医療ソーシャルワーカー(以下MSW)、病棟婦長が協働してコーディネートしていた。このため、受け持ち看護師は、地域との連携に関わる内容のケアについては実践した経験はなかった。

3. 事例紹介

事例1

名前：Dくん 男子 1992年生まれ

1) 病歴

診断名：低酸素性虚血性脳症後遺症

(四肢麻痺・最重度精神遅滞・てんかん・嚥下障害・呼吸不全)

家族：父親（1962年生まれ）・母親（1962年生まれ）・兄（1990年生まれ）

周産期歴：妊娠中問題なし。在胎38週吸引分娩にて出生。アプガー10点。黄疸なし。

現病歴：以前より、いびきあり、扁桃腺も大きいと言われていた。

1998年3月13日 6歳時：風邪症状あり、近医を受診。
14日 夕食で細かく切ったこんにゃくを詰まらせ、一部を吐き出したが、呼吸停止状態で国立病院に搬送された。
5月 気管切開施行。人工呼吸器の離脱も試みられたが、困難にて継続。
1999年3月 7歳時：胃瘻造設術を受ける。
6月頃 けいれんが認められるようになり、フェノバルブでコントロールされる。
2000年3月 8歳時：再び人工呼吸器からの離脱を試み、酸素療法だけで、呼吸状態は安定した。
2000年5月 在宅移行への指導目的にてT病院へ転院。
6月 感染に伴う呼吸状態悪化のため再度人工呼吸器装着。
10月 喉頭気管分離術を受ける。
2001年1月 9歳時：噴門形成術を受ける。
2月 本格的に在宅移行への指導開始となる。

2) プログラム導入以前の状況

◎家族（母親）への指導

- ・気管内吸引、経管栄養の指導は発症直後入院先の国立病院で指導済み。
- ・喉頭気管分離術後より、気切部の処置、気管内カニューレ交換などは指導されており手順・清潔操作は自立して行うことできていた。

2001年5月初旬 9歳時：在宅療養にむけ呼吸器をニューポートから、薄型で軽量なLTV950に変更する。
5月11日 初回外出。
6月 母親が主体で外出、養護学校への登校が始まる。
6月末 院内外泊。（1泊2日）
7月～8月 自宅への外泊を繰り返すようなる。

事例2

本事例は、在宅酸素療法を行う対象であったが、医療処置が在宅人工呼吸療法と異なるだけで、在宅療養に移行する過程は類似していると考えて、導入期からプログラムを適用する事例として評価を行った。

名前：Mちゃん 女子 2001年4月9日生まれ

1) 病歴

原疾患：低出生体重児・新生児仮死・新生児一過性多呼吸・新生児脳症

家族：父親（小学校教員）・母親（元薬剤士）

周産期歴：妊娠32週までは問題なく経過していた。

32週2日朝、急に胎動がないことに気づき、都内の自宅近くで通院していた産婦人科に連絡をいれるが、里帰り出産予定のS県内病院に行くよう指示され、夕方、M病院に受診。緊急帝王切開施行。

体重1542g、アプガー3／8で出生。出生後直ちに挿管され、S県立小児医

療センターNICUへ搬送される。

現病歴：4月13日　　日令4日で抜管。吸啜反射ほとんどなく、嚥下困難のため、経管栄養開始。

7月19日　　日令101日で都内の自宅へ退院。両親に口鼻腔内吸引、経管栄養の指導済み。呼吸状態が落ち着き、在宅療養中の処置を家族が実施できるようになり、T病院への通院も検討していた。

7月24日　　夜から努力呼吸出現。SpO₂90%前半まで低下。

7月25日　　T病院に初診の予約あり、来院されるが、満床のため入院できず都立K病院へ紹介し、入院となる。

7月31日　　都立K病院を退院。

8月2日　　再度、肺炎のため都立K病院入院。入院中より、酸素投与開始。

8月29日　　リハビリテーション目的にて、当院紹介され入院。

(自宅で過ごした期間 7/19~25、7/31~8/2の計8日間のみ)

入院時：体重3340g。右肺野の陰影残存あり。O₂なしでSpO₂95%の維持できず、O₂0.5L経鼻吸入開始。

経管栄養はミルク50ml×7 1時間かけて行っていた。

追視（-） ウトウトしており体動（-） 眼球は上転したまま。

医師からの説明内容

『小さいから今後どのようにしていくかはわからない。CTの結果や足の関節の硬さから考えると運動障害は残るだろう。入院中には知的なことも含めて、発達に合わせた刺激を与えることをていきましょう。ゼコゼコが強いのは、胃の中のものが逆流していて気管に入り肺炎の原因になっているのかもしれない。もしかしたら、処置も必要になってくるかもしれない。酸素はどのくらい必要なのか検査していく。入院は状況によるが、3ヶ月を目安にする』

2) プログラム導入以前の状況

①家族への指導

・救急搬送されたNICUで退院指導として、両親に口鼻腔内吸引、経管栄養の指導がなされていた。

②医療に対する両親の思い

・妊娠期に通院していた産婦人科に、胎動が消失時に他院に行くよう指示された事に不信感をもった。

・出生後、2度目に肺炎で入院したK病院での強く児の体を叩いてのタッピングの様子に「必要なことはわかるが、かわいそうでやりたくない。K病院には戻りたくない」などの訴えがあった。両親とも医療者に対する硬い表情と自らの思いを語らない様子がT病院入院当初から見られていた。

4. プログラムの実践評価

1) 「導入期」

事例1は、プログラムを適用した時期が、家庭への外泊が繰り返される時期である「退院移行期」であったが、プログラム全体の評価を行う目的で、「導入期」のすでに実施している項目についても確認を行った。事例2は前述の通り、導入期からプログラムを適用して、評価を行った。

導入期「1.在宅療養へ移行する意思決定ができる」は、事例2では、すでに前病院からの転院時に、リハビリテーションの目的と在宅酸素療法を行うための準備目的として入院しており、在宅療養に移行したいと、両親の希望が明確にされていた。

- ・導入期1－1)～4)を入院時に、実施した。

・『5)現在外来通院している同病の児と話しかけたり、会う機会を作る：幼少児は同様な状況で前向きに生活している在宅療養児の親を紹介する』は、在宅酸素療法を行っている他児が入院するケースはMちゃんの入院中になく、話をする機会を作ることができなかつた。また、外来通院中の他児を紹介することも、治療が優先されて、困難であった。

導入期「2.家族の受け入れ体制が整う」

- ・事例2は、入院2日目から家族に関する情報収集を開始した。同時に、これから行われる指導内容を記載した看護計画書を両親に提示して、承諾を得て進めた。
- ・『4)家族が患児の疾患が理解できているか、疾患の受け止め方はどうかについての情報収集する』は、事例2では、両親と医療者との連絡ノートを作成した。これは、転院が続き両親がT病院の環境になれるまで、両親の児に対する思いや不安に思っていることを話すことが難しいのではないかと考え、両親には書きたい時に書いてもらうこととした。医療者からは、両親が面会に来ていない時間の児の様子を情報提供した。当初、医療者からの情報提供が主な内容になっていたが、徐々に両親の思いや要望が書かれるようになつた。また、ノートは病棟のスタッフが見ることができたので、スタッフ間の情報伝達ともなつた。

- ・『5)兄弟がいる場合の育児支援の確保を勧める』は、事例1では、兄弟が学童ということもあり、育児支援を改めて検討する必要はないアセスメントしていたために、母親と兄弟の話をする機会も少なく、母親が病院に来ている間、兄はどのように過ごしているのか、今後どのようにしていく予定であるか、などの兄弟に対する意識が、看護者に薄くなっていた。母親ばかりではなく、兄弟のことも含めた支援が必要であることに気づいた項目となつた。
- ・事例1は、「導入期」の項目を確認したところ、実施していなかった項目はなかつたが、『2－3)家族の関係および介護能力を把握する』を改めて評価した。そこでアセスメントされたのは、母親が主な介護者であり、父親も協力をする姿勢は見せてはいたが、母親自身が父親に対して遠慮するような言動が見られ、母親に介護負担がかかっていることが推測された。早期から介入をすることで、このような状況は解決できるのではないか、と

考えられた。

<在宅準備期>

1. 日常生活ケア・医療処置の技術の獲得ができる

・『5) 家族の誰がどのような指導を受けて習得しているか確認出来るようにする(チェックリストを使用)』は、事例1では、転院前の病院で指導を受けていたのは、母親だけであったことがわかった。看護師が父親に指導を行う事を母親に提案したが、「時期をみて自分が父親に行う」との返事であった。このことからも、母親の介護負担の軽減が図れるために医療処置を複数で行えるように、早期から主介護者だけでなく複数の人に指導して、母親が父親に対する遠慮が生じないように巻き込んでいくことの必要性を再確認した。

一方、事例2では、<準備確認リスト>を両親に渡し、チェックを行ってもらったところ、父親は「説明されたところで解らないところはない」、母親は「わからないところは適当にチェックしました」との返答があった。両親の理解・評価には違いがあると判断し、父親・母親を別にして再度チェックを計画したが、児の状態の悪化により、チェックリストを再度評価していくことはできなかったが、チェックリストによる評価によって理解の程度が確認できることが明らかになった。

・『3) 医療処置の技術習得を援助する。③入院初期から在宅療養を考慮した医療処置の物品・方法を選択していく』は、事例2では、入院16日目から実践した。児の状態に合わせて、例えば吸引圧が低く設定できる軽量なポータブル吸引器を選択したり、状態の悪化を考慮してのアンビューバックの購入を検討した。自己負担分の金額と経済状態を考慮し、家族と共に必要物品を選択、検討し、早期に家族とともに考えることで、家族の技術習得への積極性も増した。

2-1. 医療処置 例：人工呼吸器管理の場合

・事例1では『2-1の1』②リース契約に含まれている付属物品の種類と数を把握する(呼吸器回路等)』が行われておらず、退院当日に確認をとることになってしまった。この後も、回路の個数や次の項目の消毒・交換についても母親との行き違いや、勘違い、病棟・外来・中材の連携が整うまで時間を要した。人工呼吸器のリースをしている業者がどこまでを提供範囲としているのかを把握することも看護師の役割としては重要である事が考えられた。

・『3) 消毒法 (人工呼吸器使用中の場合 呼吸器回路、気管切開チューブ)については、病院での消毒法から、在宅で出来る消毒法に切り替え、清潔が保たれることを家族に理解してもらえる働きかけをする』は、母へ回路の消毒方法を指導していなかったことが、「呼吸器の回路の個数は増やしてもらえないのか」という母親からの訴えや、外来での回路交換日の行き違が生じていることがわかった。しかし、T病院では、外来で滅菌する体制は整っており、母親が交換日を忘れずに、回路を外来に持参し、外来から替える回路を持ちかえれば、回路個数が足りなくなることはなかった。このため、家庭で呼吸器回路の消毒法を指導する必要性はないと判断していたが、不測の事態に備え、消毒法の指導を行った。

2－2衛生材料の入手及び使用方法が理解できる

・『1) 入院中から病棟スタッフが在宅療養にあった衛生材料の使用法を実践する。外泊時から在宅移行後の方針を意識していく』では、受け持ち看護師は在宅療養中の他児が行っている衛生材料の使用方法、例えば、吸引チューブの保管・消毒方法などの情報が不足しており、患児の生活に合った工夫ができる指導が行えていないのを実感した。在宅準備期の家族に対して、標準の方法だけでなく（看護部作成のパンフレットによる指導）、工夫した様々な方法（パンフレットには記載のない工夫）の情報提供は混乱を招くことになる。看護師は既に在宅に移行した利用者が、衛生材料を工夫して使用している情報を基に、患児の状況をアセスメントし、情報を選択的に提供していく必要性があることを認識した。

3. 居宅の環境を整える

・『5) 公共機関へ連絡する。電力会社：人工呼吸器など電力消費が多くなるので電圧をあげ、ブレーカーを別にして、停電時の対応について調整する』を事例1で実践した。居宅内の電力に関しては人工呼吸器を使用できる十分な容量の確認が必要であり、ブレーカーは別に設置した。しかし、停電時には個別の対応（人工呼吸器のある家だけを先に電源を復旧させること）はできないと言われた。そのため、『電力の調整：人工呼吸器などの電力消費が多くなるので、電力会社に連絡して調整する』とした。

4. 外来受診・緊急時の医療体制が確立する

・『3) 家族へ急変時の対応の指導を行う』は、事例2では初回外泊が決定した日に、外泊中の緊急時の搬送病院はT病院であることを説明した。紙面を用いて両親に説明し、電話番号が記載されたその紙面を見える所に貼っておくように勧めた。

・『4) 消防署への連絡：搬送病院を指定する場合はあらかじめ伝達しておく』を事例1で、実践した。消防署は連絡に対して、「個別の搬送先を事前に受け付けてはいないが、緊急時に電話をすれば対応する」と回答していた。自治体によって対応が様々であることが明らかになった。

・『2) 退院後の連携確立のための準備』としての保健所の保健師に連絡を、事例2では入院80日目に行った。患児は自宅で過ごした期間が8日間であり、新生児訪問を受けてないので、情報提供と保健師の病棟訪問で児に対面することを考えた。しかし、保健師からは、「退院が決定したら連絡を下さい」との返答があった。このため、入院中からの保健師との連携をはかることができなかつたが、急遽退院となつたときは、保健師は退院後1週間に家庭訪問を実施しており、事前の連絡をしておいたことで、患児の状況が変わったときの対応が速やかであったと考える。

5. 経済面の支援が受けられる

・事例1では助成金の手続きや手帳の申請などに関しては、母親が主体となり、申請も順調に行っていた。母親は、自己負担分の衛生材料の購入に、納得がいくまで説明を求めていたので、医事課の職員にも入ってもらい、細かい専門的な説明を行った。

・『1) 助成金、手帳の申請手続きができているかを確認する』は、事例2では入院30日目にMSWから受けられる助成金や制度について、プリントを配布し、説明を受けた。その後、必要な申請書類を母親が窓口へ取りに行き、書類を揃えた。手続きの進行状況や制度内容への疑問点などに関しては、MSWと頻回に連絡を取り合った。このため、急な退院になった時に、申請手続きは完了しており、適切な時期に手続きを開始したといえる。

6. 成長発達への援助が継続される

・『1) 入院中のPT,OT訓練の継続のための準備を行う・家族、介護者に訓練方法の指導を行う』は、事例2では入院当初より、「かわいそうなので排痰はしたくない」と母親の言葉が聞かれていたため、家族に入院8日目から呼吸介助・排痰などの必要性を理学療法士(以下PT)と共に必要性を説明し、方法を指導し、評価していった。母親は、PTからの説明を熱心に聞き、拒否的な言動は見られなかった。外来の訓練室で訓練を行うことにより、退院後の訓練通院もイメージできる、他児との接触を図る機会とできると考えて計画した。入院67日目に、ベットサイドから離れての訓練を行っても良いとの許可を主治医より受け、外来の訓練室を使用しての訓練を行ったが、再び病状の悪化により、病室から出られない状態となったため、他児との交流の機会は得られず、外来訓練室で訓練を行ったのは、短期間であったため、効果は明らかにならなかった。

<退院移行期>

1. 家族が退院後の生活のイメージができる

・『2) 訪問看護師の紹介・活動の説明をする(含:訪問看護ステーションの利用料金説明)』は、事例1では、退院まで訪問看護ステーションを利用するか決定できなかった。利用を決定出来なかつた要因は、母親が料金にこだわったこと、訪問看護を利用すると生活どうなっていくのかを母親がイメージできなかつたこと、外泊中に母親が児の介護を不安がありながらも、家族だけで行うことができたことなどが挙げられる。

一方、事例2は、家族の在宅療養移行への意志が明確であったため、入院48日目に訪問看護ステーションの紹介、活動について説明した。家族は病院併設の訪問看護ステーションを利用することを検討して事前に連絡をとっていた。退院が急に決まった時も、事前の連絡によって、担当する訪問看護師も決定していたため、迅速に対応ができた。

4. 在宅療養での疑問点、不安な点が明確にできる

・事例1が外泊中に体調を崩し、治療が必要な状況となった。この時、母親は、自分の介護能力やDくんの病状に対して、不安をもつたが、それらの不安な点や疑問点をその度に、1つずつ解決できるように、受け持ち看護師はケアしていった。在宅準備期に実践していく、外泊を実際にやって初めて直面する問題もあり、その時点で家族と共に解決していく事が必要であった。一方で、外泊時に母親の介助のみで家庭まで移動を行うことができたり、カニューレ交換を母親が行ったりすることで、母親自身が介護に自信を少しずつ持てるようになり外泊を通して在宅療養についての不安が解消されるという事も明らかになつた。

5. 在宅療養中のサポート体制が確立される

『1) 在宅支援関係者間の調整会議を開催する』を退院間際と退院後の2回実施した。1回目の参加者は、主治医・病棟婦長・訪問看護師・外来婦長・受け持ち看護師であった。2回目の参加者は、1回目の参加者にMSW・療育員・保健師が加わった。

退院後のカンファレンスで保健師は、退院後の訪問結果を報告し、自宅近くにかかりつけ医を置くことを両親と相談したことをカンファレンスで報告した。保健師の近医の紹介に対して、T病院が自宅から車で40分かかるため、両親は安心できると話していた。退院後も継続的に調整会議を開催していく必要がある。

6. 社会資源の活用ができる

・事例1では、母親が主体的に、福祉バスの手配や保健師とのやりとりを行っていた。しかし、母親からは、「なかなか欲しい情報が病院からはもらえず、他児の母親から情報をもらって動いた」などの言葉が聞かれていた。また、他児の母親も「自分で動いた」とあるように、社会資源に関する情報量の不足を家族は感じていることが明らかになった。

<退院>

安全に在宅療養に移行できる

・『3) 病院→訪問看護ステーション、訪問診療をする医療機関、外来受診する医療機関、救急対応する医療機関、保健所への連絡票(文書での申し送り)』は、事例1では、在宅準備期から、保健師との連絡を母親が行えていたこと、院内に保健所への既存の連絡票がなかったことから、保健師には全て口頭での連絡で、文書での申し送りはしなかった。同病院内の外来へも口頭の申し送りとなつたが、書面がなかつた。このため、担当した外来看護師・保健師以外のスタッフに児の情報が十分行き渡らず、母親に同じ内容の質問を複数のスタッフが聞くことがあつた。これによつて連絡票の必要性が明らかになり、T病院独自のものを作成することになった。

<在宅導入期>

2. 患児・家族が在宅療養を円滑に行うためのサポートを受けられる

・『1) 外来：外来の待ち時間を利用して外来看護師が相談窓口となる』は、事例1では外来診療中に、医師と家族のコミュニケーションはとれていたが、煩雑な外来業務の中で、外来看護師と家族は相談を受ける時間を持つことは出来ていなかつた。レスパイト入院中に家庭での様々な出来事を母親は病棟看護師に話し、相談し解決していた。これは在宅療養中の問題を未解決のままにしていたためであり、外来での役割強化の必要性が確認された。

・『3) 医療機器メーカーの看護師の活用を橋渡しする』は、メーカーによっては配置していないため、全ての事例で活用できる状況にはないことが解つた。このため、「実践」の項目から、「備考」の項目に追加することにした。

3. 訪問看護師と依頼看護師が連携して一貫した看護が提供される

・『看護連絡票（診療情報提供書に準ずる）で情報の伝達を行うシステムを作る（記載内容：児の病状、看護内容の確認、家族の思い）』は、事例1のレスパイト入院が、入院していた病棟以外の病棟になった時に、レスパイト入院病棟への申し送りが必要となった。外来で上記の様に在宅療養中の状況を把握出来ておらず、他病棟と連携を図っていくことは困難で、院内でも連絡票が必要である事が明らかになった。

・事例1は退院移行期より、東京都の重症心身障害児事業の訪問看護を利用していたが、訪問看護ステーションの利用と違い、訪問看護指示書がないので訪問看護報告が病院には行われないため、情報が共有されていなかった。退院前に重症心身障害児事業の訪問看護師に、病棟で行った退院指導に関する準備確認リストを渡したが、在宅療養中には訪問看護師の情報交換が行えなかつた。そのため、指導内容に行き違いが生じていないか、病棟の指導内容は在宅療養に生かされているのかなどを、受け持ち看護師は評価できなかつた。また、指導内容の確認が外来で必要であったのか、在宅で訪問看護師がどのように再指導を行つたかなどの情報が得られず、一貫した看護が提供できたかの評価ができなかつた。これらの在宅療養中の情報は、レスパイト入院時のアヌマネで、母親から時間をかけて聴取することとなつた。病院と訪問看護師の情報交換がなされれば、レスパイト入院前に外来通院時に解決された可能性のある出来事（例えば呼吸器回路の消毒日の確認など）もあり、患児に関わる機関すべてと円滑に情報伝達ができるシステムの検討が必要であると考える。

5. 考察

東京都内の療育病院から在宅療養に移行する2事例を対象に、平成13年度に病院小委員会の作成した人工呼吸器を装着して在宅療養へ移行する小児の入院施設で行うケアマネジメントプログラムを実践して、評価を行つた。その結果、事例の背景により、また地域により、福祉制度や地域保健機関、公共機関の対応や受け入れ体制が異なることは明らかになつたが、基本的な事項として、退院前から地域の機関に働きかけをする必要がある事をプログラムの活用によって明確にすることができた。特に、地域の保健師、訪問看護師への働きかけについて、退院前のどの時期から開始すると退院後に支援が受けられ、連携がとれるかについて検討することができた。また在宅療養開始後は、施設によって異なるが、外来を中心とした院内での連絡体制の重要性についても、確認することができた。

在宅療養の準備は患児に実施されている医療処置の指導を中心に、退院準備を実践しがちであるが、兄弟を含めた主介護者以外の家族に行う援助や、同様の在宅療養児の交流などについて、導入期から家族を巻き込みながら、実践できた。さらに助成制度など経済面の支援についても必要な項目が網羅されており把握することができたが、家族のニーズとしては病院の看護師に、より詳細な説明を求めていた。

今回、プログラムを実践した看護師は在宅療養移行の援助を経験がなかつた。看護師はプログラムを以下のように評価していた。ケアに必要な項目が退院前から時間を追つて示されることで、実践すべき看護が明確にわかり、先が見える。また、途中からプログラムを適応しても、確認を行うことで必要な援助を行うことができた。事例や地域によっては必要がない項目があるものの、確認を行うことでマネジメントを円滑に実践できるなどで

あつた。つまり、プログラム内容を全て実践するのではなく、事例によって必要かどうかを判断する指標となり、事前に予測しながら計画を立てて、応用することで円滑な在宅療養への移行が推進できる事が考えられる。

さらに、在宅人工呼吸器療法のみならず、在宅での医療処置がある患児のケアマネジメントにも応用できる事も明らかになった。

以上のことから、本ケアマネジメントプログラム(改訂版)は、医療処置を実施しながら、在宅療養へ移行する患児と家族に広範に、用いることができると考える。

在宅療養各期におけるニードと支援内容			
導入期	患者の目標(二二ド) 1.在宅療養へ移行する意思決定ができる (在宅療養に対する考え方 ・複数科に主治医がいる場合、在宅療養移行の担当をする 医師を決める 2.退院調整のための病院内担当者を決める 3.必要な地域の機関の査定を行う 4.児童、家族への説明 5.現在外来通院している同病の児と話したり、会う機会を作る ・幼少児は同様な状況で前向きに生活している在宅療養児の親を紹介する 6.家族が患儿を直接ケアする機会を作る	対応 ・在宅療養・活用できるサービス(社会資源) 院内の医療チームの編成 (病院組織)によってチーム構成員は異なる ①外来受診、救急対応先(含交通手段)、現入院先との連携体制の有無 ②在院期間 ③医療者からの初回の在宅療養の説明内容・医療者の姿勢 (在宅療養に移行時期の提示の仕方) ④経済状態、自己負担金を含めた経済的な見通し (準備期4参照) ⑤健康状態 ・親介護者:介護する身体的な面、ケア習得する理解力 ・子ども:自分で身体の変化サイドを出しができる状態(意識レベル)であるか ⑥これまでの外泊経験 ・退院調整を主に実施する病院内の担当者・部署の有無 ・院内の調整のためのカンファレンスは随時行う ・院内の医療チームの役割分担(窓口の一元化) ・親、介護者の背景、生活様式、考え方によっては、子どもが在宅へ移行できないことがある ・家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行う	備考 <患儿・家族の意思決定に影響を及ぼす要因> ①外来受診、救急対応先(含交通手段)、現入院先との連携体制の有無 ②在院期間 ③医療者からの初回の在宅療養の説明内容・医療者の姿勢 (在宅療養に移行時期の提示の仕方) ④経済状態、自己負担金を含めた経済的な見通し (準備期4参照) ⑤健康状態 ・親介護者:介護する身体的な面、ケア習得する理解力 ・子ども:自分で身体の変化サイドを出しができる状態(意識レベル)であるか ⑥これまでの外泊経験 ・退院調整を主に実施する病院内の担当者・部署の有無 ・院内の調整のためのカンファレンスは随時行う ・院内の医療チームの役割分担(窓口の一元化) ・親、介護者の背景、生活様式、考え方によっては、子どもが在宅へ移行できないことがある ・家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行う
準在宅療養期(准在宅療養) (在宅療養への意思決定)	2.家族の受け入れ体制が整う 1)面会の頻度の確認と、面会時間を利用して指導できる体制を作れる 2)母子、父子関係を面会時に情報収集する 3)家族の関係および介護能力を把握する ・キー・ペーパンは誰か、親介護者の背景、親戚との関係、生活様式、考え方 4)家庭が患儿の疾患が理解できているか、疾患の受け止め方はどうかについての情報収集する 5)兄弟がいる場合の育児支援の確保を進める(必要時保育園などへの入園手続き)	対応 ・院内のサポート体制と役割分担 (家族の相談窓口や精神的フォローをする役割を誰が持つか) ・親、介護者の背景、生活様式、考え方によっては、子どもが在宅へ移行できないことがある ・家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行う	備考 ・技術指導の方法は各施設のマニュアルに準ずる ・子どもは親が見るものという考え方があるが、医療者にいる場合に精神的負担を与えることもある ・医療者は技術習得に抵抗を示す人、習得困難な人もいることを理解しておく ・退院に向けて予防接種を計画的に進めていくけるよう医師と調整する ・技術指導は主介護者だけでなく、複数の人に行えると、よりサポート体制が整う。
準在宅療養期(院内で在宅療養に向けて) (准在宅療養)	1.日常生活ア・医療処置の技術の獲得ができる ・周囲の人とのサポート(患者会)を受けられるようにする ・医療機器の取り扱いと管理について理解できる ①機器の取り扱いと管理方法の指導 ②家で使用する機器、器物の選択の援助 ③家族の誰がどのようないくつかの指導を受けているか確認できるようにする(チェックリストを使用) ④医療機器の技術習得以外の精神面(負担感)を軽寧する ⑤家庭の技術習得得を促進する要因 ・同じ処置をしている他児と会う機会を作る ⑥入院初期から在宅療養を考慮した医療処置の物品・方法を選択していく ⑦入院中の人のサポート(患者会)を受けられるようにする ⑧家庭の技術習得の取り扱いと管理について理解できる ⑨機器の取り扱いと管理方法の指導 ⑩家族の誰がどのようないくつかの指導を受けているか確認できるようにする(チェックリストを使用) ⑪入院中に母親が運転免許を取る免許がない場合	対応 医事課 MSW PTOT 保健師 臨床心理士 医療機器センター	備考 ・技術指導の方法は各施設のマニュアルに準ずる ・子どもは親が見るものという考え方があるが、医療者にいる場合に精神的負担を与えることもある ・医療者は技術習得に抵抗を示す人、習得困難な人もいることを理解しておく ・退院に向けて予防接種を計画的に進めていくれるよう医師と調整する ・技術指導は主介護者だけでなく、複数の人に行えると、よりサポート体制が整う。

改訂版 在毛人工呼吸器のためのケアマネジメントプログラム

在宅準備期(つづき)	患者の目標(ニード)	実践	備考	
			社会資源	備考
2-1医療処置 例:人工呼吸器管理の場合	1)人工呼吸器 ①業者リース契約をした人工呼吸器を使う 業者:メインテンス、24時間の緊急問い合わせ対応などがある ②リース契約に含まれている付属物品の種類と数を把握する (呼吸器回路等) *いつから契約するかは病院の体制による 2)吸引器を準備する 公費負担、一部補助になるなどの情報を提供する 3)消毒法(人工呼吸器使用中の場合 呼吸器回路、気管切開チューブ) 病院での消毒法から、在宅で出来る消毒法に切り替え、清潔が保たれることを家族に理解してもらえる働きかけをする	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	医療機器のメンテナンスなどはメーカー任せではなく、病院が把握していく ・患者・家族は入院中と異なる方法をとることが不安 ・呼吸引器の回路の消毒方法については、病院によつて方法・回路の個数、また業者によっても違うため、病院・業者・家族で事前に確認が必要となる。	
2-2衛生材料の入手および使用方法が理解できる	1)入院中から病棟スタッフが在宅療養にあつた衛生材料の使用法を実践する 2)衛生材料の提供可能範囲を医事課と調整する 3)衛生材料の提供可能範囲をの説明する ・患者・家族との信頼関係が強く、在宅療養患者を多く診ている医療者(看護師等)が準備期の早い時期に医師の同席のもと家庭に説明する ・文書に残す 4)デパート・薬局や業者の利用を検討する ・自費購入分を業者から購入できるように業者と連絡を取る	医事課 施設課	<問題点1> 子どもの症状が、状態の変化にあつた衛生材料を提供すると、在宅指導管理料の点数内で収まらなくなる <問題点2> 病棟の手順で衛生材料を使用すると(数、種類)、在宅指導管理料の点数内で収まらなくなる <問題点3> 提供する衛生材料が大人と同じ量では、小児は感染皮膚発生を生じる場合がある	
3在宅の環境を整える	1)在院中から病棟スタッフが在宅療養にあつた衛生材料の使用法を実践する 2)医療器機を置く台、処置台、衛生材料及び薬品の保管場所を決定する 3)玄関の広さ、移動時の段差、浴室の広さについて情報収集する 4)必要物品を準備する ・ベット、経管栄養等をかける場所、移動のための車椅子、階段昇降のための装備、入浴のための物品など 5)電力の調整 ・人工呼吸器など電力消費が多くなるので、電力会社へ連絡し調整する 6)地域・近隣コミュニティとの関係づくりの必要性を説明する ・近所の人に対することについて家族が話せるようにアドバイスする	1)医療保険:退院前訪問指導料(1ヵ月以上) ・段差 ・吸引器などの振動が伝達しやすい構造 ・入り口の帽が挟む玄関やドア	<問題点1> 在宅で実際に行っている人のケアの方法を看護師も情報収集し、参考にする。 <問題点2> ・居宅の条件として改善が必要になる項目>	
4外来受診・緊急時の医療体制が確立する。	1)外来受診・緊急時の医療体制が確立する。 ・外来受診 地元の病院 or 入院元の病院かを決定 ・緊急時の対応 2)連携確立のための準備 入院病院以外どこ退院後に連携する場合は、 ①退院前に連携病院へ訪問する(入院元医療者・家族・児) あるいは ②入院元病院へ(連携病院の医療者) ③家族へ(連携病院の対応の指導を行つ ④緊急時の変化が発見できるように指導 ⑤緊急時の連絡ルートについて説明 ⑥様生法の指導(アンビューハックの購入、心臓マッサージの練習、気管内カニューレの取り扱い) ⑦マニュアルなどを書面に残して渡す	地域医療機関 保健所・市町村保健センターの保健師 消防署	<問題点1> ・専入期から患者・家族ごと外来受診方法を伝えていないと、準備期の不安につながり、在宅療養移行への障害要因ともなる ・救急蘇生法は初回外泊から家族が取得する必要はあるが、初回から導入すると在宅療養への否定的イメージが増大する ・ケースがある。 ・指導を開始時期はケースバイケース	

在宅人工呼吸器療法を実施する小児とその家族のためのアマネジメントプログラム 改訂版

患者の目標(ニード)	実践	備考		
4.外来受診・緊急時の医療体制が確立する(つき)	④消防署への連絡：搬送病院を指定する場合あらかじめ 伝達しておく 5)院内にも消防車からの確認があつた場合を考え、管理部などに周知しておく	連携機関・活用できるサービス(社会資源) ・消防署の対応は地域によって違うので、確認が必要となる。		
5.経済面の支援が受けられる	(1)助成金、手帳の申請手続きができるかを確認する (2)退院後の自己負担額を明らかにする 自己負担額の入院中と退院後の差額のシミュレーションを見てみる ・助成金がいくら出しているか? ・入院中の公費負担はいくらか?を明らかにする (3)衛生材料の自己負担分はどうくらいになるか (4)電気代などその他の経費もかかるることを説明する (5)これらの自己負担額は助成金内で納まるか 6)機器の購入・借用についてのアドバイス(ベット、車椅子その他の)を行う (7)住宅改造の情報提供をする：地域により一部補助金あり	1)助成・手当：医療00保険 ・重度心身障害児医療費助成 ・小児慢性特定疾患医療費助成 ・特別児童扶養手当 ・障害児福祉手当 ・身体障害者認定による優遇措置 ・在宅指導管理料(13項目) *重複できないもの、在宅の期間によるものがある 2)連携する機関 ・医事課、MSW、保健師、医療機器メーカー OT PT 市町村の福祉担当窓口	・ベット、その他の物品は公的支授(地域による)がある ・親の会で転用も可能 ・福祉器具 PT、業者から情報を得て紹介 ・車椅子のオーダーメードは完成までの時間を見越して準備をする。成長により作り替える必要も出てくる	
6.成長発達への援助が継続される	(1)入院中のPT・OT訓練の継続のための準備を行う ・家族、介護者に訓練方法の指導を行う (2)ハビリ教室の確保について助言する	訪問看護ステーション 臨床心理士	・家族が家族と共に生活(回らん)できているか ・長期的な視点で児童が成長後後に在宅療養していることにより 兄弟の結婚等への影響はないか、 ・ステーションの24時間電話サービスの利用のため(但し地域によってない場合あり) ★問題点：退院前の訪問看護は算定されない	
決退院	1.家族が退院後の生活のイメージができる ～移行期～(外泊を繰り返し在宅療養で予測される問題解	1)試験外泊(院内・居宅)を繰り返しながら、以下の項目の調整を行っていく ①外泊時間中の評価項目 ・家族の生活時間にあわせて子どもの介護ができたか? ・夜間のケアはどの程度あつたか?睡眠はどれだけ? ・仕事などへの影響はなかつたか? ・他の家族特に兄弟のための時間は確保できたか? ・予測しなかった事態はおきなかつたか? ・母親と父親の役割を捉えて、介護を分担できたか? ②評価を踏まえた在宅移行への準備 ・病棟での生活、清潔、処置の時間帯を準備や後始末の時間も考慮して、家族の生活時間に合わせて変更する 2.日常生活アダプテーションの技術を共有する	訪問看護ステーション ・児童の食事、清潔、処置の時間帯を準備や後始末の時間も考慮して、家族の生活時間に合わせて変更する ・病棟での生活を工夫する 3)外泊時に訪問看護ステーションの訪問が受けられるよう依頼する★	・人工呼吸器接続者、訪問看護ステーションとのケアの共有 ①疾患の理解 ②人工呼吸器の理解 ③吸引の方法の理解と技術習得 ・家族と訪問看護師の関係づくりおよび、訪問看護師が児童の状況に応じたケア技術の獲得が出来る ★問題点>これらを訪問看護ステーション看護師が理解するためには複数回の病院訪問が必要であるが、退院時共同指導料は1回限りの算定のみ

在宅人工呼吸器療法を実施する小児とその家族のためのケアマネジメントプログラム　改訂版

患者の目標(ニード)	<p>①子どもの成長・発達・社会性拡大ができる</p> <p>②教事務が受け入れを準備する期間と段階を要することが多い、そのため、学校側に、段階的に準備をしてもらうように保護者が交渉していくための支援を行なう</p> <p>③学校教育委員会への働きかけは保護者が中心に行なう(特に初めて修学する場合)</p> <p>④専門的な説明は医療者が行なう</p> <p>⑤医療者が説明する事項:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動負荷が可能な範囲 ・救急時の対応 ・事故が起きた際の責任の所在 ・子どものが状況を学校側が把握できるよう調整する <p>⑥外泊時にも子どもが学校を訪問</p> <p>⑦原籍校の場合・担任・校長が病院を訪問(学校窓口が教頭の場合がある)</p> <p>⑧学校側の準備が長期間に及ぶ場合、親への精神的なサポートをしていく</p> <p>⑨学校以外の療育訓練施設・リハビリ教室の利用を勧め、入院中のPT・OT訓練の続行のための連携の橋渡しをする</p> <p>⑩就学前の児童の場合</p> <p>⑪就学前の児童の場を探す援助</p> <p>⑫幼稚園など集団生活の場を探し合い、調整役 (内容は上記1)②(3)と同じ)</p>	<p>①学校は受け入れを準備する期間と段階を要することが多い、そのため、学校側に、段階的に準備をしてもらうように保護者が交渉していくための支援を行なう</p> <p>②学校教育委員会への働きかけは保護者が中心に行なう(特に初めて修学する場合)</p> <p>③専門的な説明は医療者が行なう</p> <p>④医療者が説明する事項:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動負荷が可能な範囲 ・救急時の対応 ・事故が起きた際の責任の所在 ・子どものが状況を学校側が把握できるよう調整する <p>⑤外泊が繰り返される中で、家族の不安も大きくなるが、その反面、退院への自信を少しでも持つ必要あり。</p>
退院移行期 (つき)	<p>①在宅療養中の疑問点、不安な点が明確にできる</p> <p>②在宅療養中のサポート体制が確立される</p>	<p>①家族のケア技術の確認を再度行なっていく ②以下の項目について家族が具体的に不安、疑問を出せる ①日常生活のケア ②医療処置の技術習得 ③患兒・家族の生活時間 ④緊急時の対応 ⑤目的にした話し合いの機会を作り、患児・家族、医療者で総合的に評価する</p> <p>⑥在宅支援関係者間の調整会議を開催する 目的:チームとしてやつしていくための顔合わせ、コミュニケーションをとる ⑦入院元病院内相談窓口の確認 ⑧地域・行政の支援内容の確認 ⑨居宅近くの医療機関との協力体制 ⑩養護学校や療育センター等との連携 ⑪児の病状変化に対する確認 ⑫召集:在宅療養の窓口となる部署、婦長、プライマリーナース ⑬参加:入院元病院、地域医療機関(訪問看護ステーション) ⑭訪問診療をする医療機関、外来受診する医療機関、救急対応する医療機関)、保健師、学校関係者、児童相談所、医療機器メーカー担当者 患児・家族 ⑮その他の確認事項:訪問看護指示書・在宅療養指導管理料をどここの病院内でどうか ⑯入院元病院内(病棟、外来、医師、看護師、MSW、医事課)の意思統一を行なっておく</p> <p>⑰介護のために使えるサービスの確保 ・福祉機関との連携 ・地域保健師に連絡してそこから紹介してもらう ⑱入院中に退院後の手綱き(連携先の病院、学校の手続き、社会福祉資源の活用)を完了しておくる。退院後は家族はケアに専念するため、外出が困難になる</p>
		<p>②社会資源の活用ができる</p>
	<p>連携機関・活用できるサービス(社会資源)</p> <p>・学校は受け入れを準備する期間と段階を要することが多い、そのため、学校側に、段階的に準備をしてもらうように保護者が交渉しているが、初めて就学するかで異なる ・一般的な学校のみが集団生活の場ではない事を親に知らせる ・学校での医療的なケアのために、養護学校に看護師配置されている学校もある ・就学前の子どもも社会性を拡大する場が少ない</p>	<p>・学校は受け入れを準備する期間と段階を要することが多い、そのため、学校側に、段階的に準備をしてもらうように保護者が交渉しているが、初めて就学するかで異なる ・一般的な学校のみが集団生活の場ではない事を親に知らせる ・学校での医療的なケアのために、養護学校に看護師配置されている学校もある ・就学前の子どもも社会性を拡大する場が少ない</p>
		<p>備考</p> <p>・外泊が繰り返される中で、家族の不安も大きくなるが、その反面、退院への自信を少しでも持つ必要あり。</p> <p>・児童相談所への連絡を行い、ショートステイを申し込む</p> <p>・診療報酬が算定できる活動 退院時共同指導料 150点 退院前訪問指導料 360点 退院前在家療養指導管理料 120点 診療情報提供書</p>
		<p>・児童相談所担当窓口 市町村の福祉委員会 市教育委員会 学校 ボランティア</p>

在宅人工呼吸器療法を実施する小児とその家族のためのケアマネジメントプログラム 印刷版

	患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
退院	安全に在宅療養に移行できる	1)退院時の移動手段の確保を行う(救急車、車椅子対応の車) 2)退院同行 3)病院→訪問看護ステーション、訪問診療をする医療機関、外来受診する医療機関、救急対応する医療機関、保健所への連絡票(文書での申し送り) 4)これらの連絡票には退院後に地域医療機関からの問い合わせを受けた窓口となる部署と連絡先を明記する	消防署 福祉事務所 保健所	・設置主体が運営する病院から保健所へ「療育指導所へ」連絡票(母子保健事業)を発行でき、診療情報提供料算定可能なそれ以外の看護師間の連絡票や退院時同行は、算定されない
	在宅導入期へ移行した後のコーディネートができる	1)在宅療養へ移行した後のコーディネート 2)患者・家族が在宅療養を行つた際のサポートを行う	1)外来・外来の待ち時間を利用して外来看護師が相談窓口となる 2)家族の思いが出せる機会を作る ・外来看護師、訪問看護師・保健師の訪問 3)近隣のコミュニティとのネットワークづくりを勧める ・外出、買い物などちょっとしたことを頼める関係を作つておく よう勧める 4)スマーケティング等の活用を勧める ・社会経験の広がり、家族の気分転換がはかれるというメリットを紹介する 5)兄弟がいる場合 ①在宅療養の事をどのように受け止めているか(必要時保育園などへの入園) ②家族からケアをどのように受けているか(必要時保育園などへの入園)	・家庭のコーディネートする力を隨時アセスメントする 退院直後は新しい生活の適応が中心でも、次第にコーディネートできるようになる場合もある ・医療機器メーカーの看護師の活用の検討を行う
	3.訪問看護師と外来看護師の連携して一貫した看護が提供される	3)訪問看護師と外来看護師の連携し 4)ケアの方法、医療的な処置が在宅療養にあつた形に変更できる	・看護連絡票(診療情報提供書のようなもの)で情報の伝達を行なシス템を作る 記載内容:児の病状、看護内容の確認、家族の思い ・退院前に習得した方法からさらに工夫(物品・方法)できるよう支援する ・子どもの病状にあわせて ・居宅の状況にあわせて ・親の会や外来での相談などから	・訪問看護ステーションから初回訪問結果の連絡を受ける。確認事項については必ず訪問看護ステーションに返事を送る ・入院元病院の窓口の一本化 ・看護師同士のサポートにもなる ・物品は安全、安価、簡便、医療廃棄物の少ない方法に変更していく

II. NICU を退院する子どもと家族のためのケアマネジメントプログラムの開発

1. はじめに

従来 NICU で救命される子どもの長期入院が指摘されてきた¹⁾²⁾が、昨今では、何らかの障害や医療処置を有しながら退院する子どもも増加してきている。しかしその専門性と特殊性から出生直後から NICU に入院する患児や家族と医療者との関係が深くなり、退院後の問題に関しても NICU の関係者で問題解決をしていることが多く見受けられる。また高度な医療処置を含め、病棟でのケア方法をそのまま在宅療養のケア方法として指導していることが多い。一方で、一端 NICU 以外の病棟に出てしまうと、NICU に再び転棟できなくなる施設が多く、院内施設での外泊を試みるなど在宅療養に自信がもてるようになるまでの時間や方法を十分に活用できず、意思決定があいまいなまま退院にいたるケースがある。

このような背景をふまえ、家族が主体的に在宅療養を行っていくように医療者がチームで支援できるためのケアマネジメントプログラムの作成を行い、在宅療養の推進を図ることを目的とした。NICU に入院した低出生体重児で生まれ医療処置をうけている子どもが在宅療養に移行するまでの過程を「導入期：在宅療養の意思決定」、「在宅準備期：院内で在宅療養に向けて準備する」「退院移行期：退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく時期」「退院」「在宅移行期：退院後から家族・患児が安定する時期」「継続期：患児の全身状態が安定して、家族の養育・介護が自立する時期」の 6 期に分けて患者の目標（ニーズ）、実践、活用できるサービス・連携機関（社会資源）、備考として留意点についてまとめた。

2. 方法

NICU に入院した後に在宅療養に移行した事例の検討を、保健師、NICU 看護師、医療ソーシャルワーカー、本委員会委員である看護師、訪問看護師で検討した（事例資料参照）。そして当該事例のみでなく、子どもが地域で生活するための支援をするにあたっての共通する問題点について、明らかにしていった。これを元に、在宅療養の準備期からの在宅療養移行後までの一貫したケアマネジメントプログラム（案）を作成した。

このケアマネジメントプログラム（案）をもとに、研修会を開催して、参加者である保健師、NICU 看護師、訪問看護師から出された現場で実践していく問題になる点などの意見をもとに、さらにケアマネジメントプログラムを改訂した。

3. 結果

1) ケアマネジメントプログラム（案）

NICU に入院した後に在宅療養に移行した事例の検討を通して作成した、NICU から在宅療養に移行する患児のケアマネジメントプログラム（案）の特徴と留意点として以下の点が明らかにされた。

（1）導入期（在宅療養への意思決定）

NICU 内の医療者だけで、在宅療養へ移行するための準備をしがちであるが、院内の他職

種（MSW、在宅療養支援部門、PT、OT、臨床心理士）と連携をとって医療チームを編成して患児の在宅療養へ移行に向けての準備について話し合いを持つ。さらに退院後の外来通院後からでは、外来看護師と患児・家族の関係が希薄になりがちなので入院中からの関係づくりが必要であり、外来看護師に導入期から医療チームに加わってもらう。一方、在宅療養移行に向けて地域医療機関との連携が必要になる。地域でのコーディネーターとなる保健師も導入期から医療チームの一員となり、患児と家族の状況について理解しておいてもらう必要がある。

NICUは多くの場合、二次、三次医療機関にあり、地域によっては既に保健福祉機関と医療機関との連携を構築しており、保健師がNICUにいる子どもを把握するシステムが確立している場合もある。一方、三次医療機関である小児専門病院などのNICUから退院する子どもは、地域の二次医療機関でフォローすることが原則になっている施設もある。このように退院後の外来通院先が他院になる場合は、退院後の連絡窓口が一本化できるように、院内での体制を整えておく。

医療者側の準備と同時に、家族が主体的に在宅療養に移行する事を決定し、受け入れ体制を整えられるための働きかけが行われる。家族が在宅療養へ移行することを意思決定するには多くの要因が関連しており、導入期のみで決定すると考えるのではなく、家族の状況に合わせて時間をかけて進めていく。また、医療者から今後の疾患の経過や成長発達の見通し、医療体制についての説明も必要になる。

多くの場合、家族は低出生体重児の出生に対して、妊娠中に思い描き期待していた児とは違う児が出生したことに複雑な感情を抱いていることや、母親は罪責感を持っていることもある。このような家族の思いや児との関係の形成を観察し、アセスメントしながら、在宅療養の準備を進めていく必要がある。

(2) 在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備をする）

NICUの受け持ち看護師を中心に、患児の育児に必要な技術、医療処置に必要な技術、観察などについて指導を行う。これらについては、在宅療養後の家庭での生活を考慮した方法、物品を使用して技術を指導していく必要がある。また、母親にケア技術の指導をするにあたっては、母親の産後の経過や児への思いなど、母親の身体精神状態を十分に把握して、技術習得に伴う負担についてもアセスメントする。また、母親のみに負担がかからないように、家族の生活状況や家庭内の様子についても情報収集をしていき、ケアが分担できるように進めていく。患児の親が若い夫婦の場合は経済的な負担も大きいため、特に医療処置に多くの衛生材料が必要な場合は、病院で提供できる物品、自己負担になる物品を明確にする。また医療補助、助成金、手帳の交付が受けられるようできるよう関係機関を紹介することも必要になる。しかし、患児が一定の年齢に達しないと、障害が認定されない場合があり、その間の経済的負担についても把握していく。

在宅療養後の訪問看護を受けることは日常のケア、成長発達に即した症状の観察、患児に医療処置のある場合は、医療技術の提供、家族への指導ができる。そのため準備期から家族に訪問看護の利用を紹介し、料金の説明も含めて行い、退院直後から利用できるよう働きかける。訪問看護の利用を入院中から家族に紹介する医療者がいない場合、家族が在宅療養後に困ったことに直面してから訪問看護ステーションに連絡して、訪問看護を開

始する場合もある。訪問看護は医療の技術・指導のみでなく、母親をはじめとする家族の不安に対する看護を実践でき、退院直後から在宅療養の安定した継続まで長期にわたり重要な役割を期待することができる。さらに在宅療養後の生活では保健師が地域の保健福祉制度の窓口となり、患児に必要な制度の適応を推進するので医療機関との連携が必要になるが、地域によっては保健師が小児には消極的な場合がある。しかし病院側の働きかけによって、保健師に入院中からの介入の必要性を認識してもらえるので、在宅準備期から保健師の機能を母親に紹介し、医療機関から連絡をしていく。

家族は、退院後の外来通院方法や緊急時の対応について、在宅療養を前に不安を募らせることが多く、これによって在宅療養への移行が不安で踏み出せない。退院後の受診や緊急時の連絡方法を早めに家族に伝えることは重要である。

(3) 移行期(退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間)

移行期には在宅療養に向けての外泊が試みられ家庭での生活のイメージが具体的になってくるが、NICUの場合、院内の試験外泊施設を利用できないこともあり、外泊の評価をして、改善点を明らかにしながら工夫を重ねる機会がないことになる。

保健師、訪問看護師が外泊中に訪問することで、準備期に解決されていなかった居宅の環境の改善点が明らかにされる上に、保健師、訪問看護師と家族との信頼関係の形成にもつながる。しかし現行では、訪問看護師の外泊中の訪問は、保険外である。従って保健師が訪問し、NICU や訪問看護ステーションと情報の共有をすることが望まれる。しかし、保健師が医療処置のある子どもの直接看護に慣れていないことが多い。これに対して、医療処置をふくめた NICU 入室児の看護について保健師が研修する機会を設けている地域もある。

また、訪問看護師も、患児が小さいために医療処置や訓練、観察方法について経験がないという場合があるが、入院中に NICU を訪問し、看護師から直接技術指導を受けることで、在宅療養中の訪問看護での支障がなくなる。だが、訪問看護師の病院訪問は、退院時共同指導加算が 1 回のみ使用でき、2 回目以降は加算できないので、どの訪問看護ステーションでも病院訪問を複数回行い、医療処置の技術指導が可能なわけではない。

訪問看護師が入院中から NICU の医療者との連絡を密にすることによって、患児の主治医と疾患、予測される障害とその対応、栄養摂取方法の指導内容の確認を行い、児の成長発達により起こりうる変化について知識を得る事もできる。また、在宅療養後も児の成長により、栄養摂取や服薬方法が変わっていくので、約束処方（身体状況が〇〇になったらミルクや薬剤を××にする）などをあらかじめ主治医との間で取り決めておき、児の成長や状況により訪問時に指導できる場合もある。同様に、発達の訓練についても PT, OT, ST との連携を入院中にはかっておくことで、一貫した訓練が在宅療養中に提供できる。このように、訪問看護師が入院中から、患児の医療チームと細かな調整をすることで、退院後の安定した在宅療養を導くことにつながることが予測される。

NICU の看護師は外泊をした後に、患児の兄弟を含めた家族の状況を把握し、在宅療養後の問題を予測して対応策をとっておく。家族が在宅で実施する医療処置や育児についても実践の内容を確認して、不安な点についても明らかにしていく。これは保健師が外泊中の家庭訪問をしていると、病院との情報交換ができ、外泊の結果をより効果的に評価できる。

(4) 退院

退院前に保健師との相互連絡は行われていることがのぞましいが、連絡がされていない場合、低出生体重児は母子保健事業によって、訪問指導を受けることになっており、その連絡票（未熟児訪問指導依頼書）によって、医療処置を持って NICU を退院し、在宅療養に移行した患児について病院から保健所保健師に文書で連絡がされる。既に電話で連絡がされている場合でもこの連絡票は診療情報提供書として扱われ、保険で算定できる。

未熟児訪問指導依頼書は、市町村、病院ごとに既存の様式もあるが、本ケアマネジメントプログラムの内容を網羅した様式の連絡票を作成した。この連絡票は訪問看護ステーションへの情報提供にも活用できる。但し、両親に了解を得てから保健所、訪問看護ステーションへの文書連絡を行う必要がある。

(5) 在宅移行期（退院後から家族・患児が安定する時期）

退院によって初めて患児と家族の生活が始まり、退院直後には患児の状況の変化によって家族は心配になったり、不安を抱きやすい時期であるが、家族が相談できる窓口を明確にしておき、24 時間体制でサポートできるようにしておく。退院直後に病院に問い合わせをする場合は、NICU に連絡する場合が多い。また、訪問看護ステーションでも相談に応じられるよう、24 時間電話相談サービスを利用できることが望ましいが、すべての訪問看護ステーションで実施しているわけではない。

家族の悩みや思いを訪問看護の時に話せるようにして、精神的な負担の軽減につとめる。この時に家族から表出される思いは患児以外のことでも傾聴して受け止める。様々な家族内の問題が潜在している場合もあり、これが患児の養育にも影響してくるので、家族が相談できる関係づくりをする。また、親の会などを紹介することにより、これらの問題の解決を家族自身が見つけていく場合もある。退院直後は、家族が実施する医療処置や育児の方法としてよりよい方法があっても、家族が安定した生活を送れるようになるまでは見守り、病院で指導を受けた方法で実践し、家族と患児の生活のリズムができたところで在宅療養に適した家族が実施しやすい方法に、家族の了解の元で変更していく。

一方、退院後の訪問看護ステーション等の地域医療機関が入院していた病院に問い合わせをする時に、窓口が不明確になることがある。そこで、退院後は窓口として一本化していく。目安として、退院後一定期間は入院中の経過を把握している NICU が中心になって連携してフォローして、初回外来以降は外来が主体になれるように体制を作っていく必要がある。

また、未熟児訪問指導依頼書により患児を訪問した結果を病院へ連絡して、在宅療養での生活の様子や問題点を共有し、医療機関との一貫した在宅療養支援が行えるようにする必要がある。このため、保健所から病院の担当連絡先への訪問結果（電話による訪問も含む）を報告する連絡票を活用する。

(6) 継続期（患児の全身状態が安定して、家族の養育・介護が自立する時期）

患児が安定していく時期であるが、乳幼児期は成長発達が著しい時期で、これに伴い栄養や生活の方法について指導が必要になってくる。退院時に予測しなかった事も起こるので、訪問看護師の観察が重要になり、変化を見逃さず適切な判断により医療機関に連絡を

していく。家族は医療処置などや児の観察に慣れてくるので、マンネリ化することによって、事故が起こりやすい時期もある。また、家庭内の生活が安定する一方で、家族が患児の育児や医療処置だけにかかりつきにならないような生活ができるように、地域との交流の場など社会資源を活用できるように保健師が紹介していく。訪問看護も、家族の生活時間によって柔軟に対応できるようにしていく。そして、訪問看護師と保健師が密に連絡を取り、成長発達にあつたサポートが得られるようにしていく。

2. 改訂後のケアマネジメントプログラム

在宅療養の準備期から在宅療養移行後までの一貫したケアマネジメントプログラム(案)をたたき台に、研修会で意見交換をした。参加者である NICU に入院した患児の在宅療養に関わっている保健師、NICU 看護師、訪問看護師から出された意見を基に、改訂を加えた。

研修会で出された意見は、以下の通りであった。

- (1)導入期の院内医療チームの構成員、連携の必要な機関については具体的な名称をあげる。しかし、施設や地域によって医療チームの構成員がすべてそろわない場合もあるが、可能な構成員で役割を明確にしてその施設ごとにチーム編成をしていく。
- (2)NICU 退院後の病院の相談窓口を明確にしていく。多くの病院では初回外来までは、入院していた病棟である NICU が患者家族、保健所や訪問看護ステーションをはじめとする地域医療機関の問い合わせ窓口となり、初回外来受診の後は、外来が問い合わせ窓口となっている事が多く、これをシステムとして統一して家族や地域保健医療機関に、明確にできるようにしていくことが望ましい。
- (3)低出生体重児は、保健所に未熟児訪問依頼書を出すが、保健師には知らせてほしくないという家族もいる。このような場合、保健師の役割を知らない家族もいるので、保健師の役割について NICU の医療者が説明をして、理解と納得を家族から得た後に保健所に連絡をする。
- (4)退院直後は、家族の不安が強い場合が多く、初回の訪問看護は退院後なるべく早い時期に行っている。また家族の状況を見ながら、退院直後は特別訪問看護指示書（連日の訪問看護が可能）などを医師に出してもらい、頻回に訪問することで家族の不安が顕著にならずに在宅療養生活を開始できる。また、現行では保険制度の適用になっていないが、訪問看護師が退院時同行をすることで、退院時に患児を初めて自宅に連れて帰る家族の不安が軽減されるケースもある。
- (5)家族は、退院直後には患児の僅かな変化が不安で、NICU に連絡することが多い。このような場合、NICU の看護師は家族とのやりとりを、訪問看護師や外来看護師に連絡して、一貫した対応を家族に行うことで家族の安心を導けるようにする。
- (6)退院後、訪問看護師は、もっとも身近に患児や家族の様子を観察し、ケアを行い、指導も行えるので、これらの情報を保健師と共有し、保健師が常に患児の情報を把握している状況にする。これによって保健師は適切な公的支援を受けられるように、患児と家族に働きかけることができる。
- (7)退院後は患児に関わる機関は複数になり、コーディネーターが必要になってくる。地域で患児に接している保健師、訪問看護師がコーディネーターになることが望ましいが、この役割分担を入院中の退院時共同指導などのカンファレンスで明確にしておく。また、退

院後の情報の共有化は、前述の通り重要であり、外来通院結果、訪問看護の結果、保健師による家庭訪問の結果などの情報交換ができるように伝達方法を明確にしていく。この時に連絡票などを、活用していく事が考えられる。

(8)在宅療養継続期になると、患児の状態は安定するため、三次医療機関での外来受診でなく、日常的な健康問題については、一次、二次医療機関での対応が可能になってくる。このような状況の変化に対して、患児と家族を支援する医療チームの再編成を行うための、カンファレンスを地域医療に精通している保健師が中心になって開催する必要がある。

これらの意見の他に、在宅療養移行へのケアマネジメントが円滑にいかない原因として、NICU 退院後的小児患者を受け入れる訪問看護ステーション、地域一次、二次医療機関が少ない現実があること、また外来看護師も個別に十分に関わる時間がないために、NICU の看護師が退院後長期にわたり相談窓口となっていることについても話された。

4. 今後の課題

1) 退院までの準備

NICU に入院した患児が長期にわたり退院できないことに関して、在宅療養移行のための対策について「昭和 61 年～63 年 厚生省心身障害研究新生児管理班（奥山和男班長）分担研究：NICU 退院時のホームケアシステム確立に関する研究（分担研究者 仁志田博司）」でまとめられている退院計画¹⁾は、今回のケアマネジメントプログラムと共通した項目が多く、在宅医療システムが整備されつつある今日でも、解決すべき問題は同様であった。特に、本事業の結果では、在宅療養後の支援を予測した院内でのシステム作りすなわち医療チームの編成と、入院中からの地域保健医療機関との連携と相談窓口の一本化が重要になることが明らかになった。これにより、NICU からの小児科を経ずに直接退院する場合でも、外来と連携してフォローできること、また地域の二次医療機関が外来フォローすることになっても、連携体制が維持でき、家族が安心して在宅での患児の育児や医療処置が実施できることが考えられた。

また在宅で実施する医療処置は、病院で実施している方法ではなく、患児や家族の状況や力量にあわせた方法で、入院中から在宅療養を想定して指導していく必要がある³⁾。

2) 保健師の役割

NICU 退院後の患児の在宅療養では、保健師の役割が重要になることが明らかになった⁴⁾⁵⁾⁶⁾。保健師は訪問看護師とともに、在宅療養後のコーディネーターになりうる人材であるが、現状では小児を対象とする事業には十分な時間をさけないでいる。保健師が、子どもを把握する機会は、低体重児出生届、未熟児養育医療、新生児出生届がある。これらをどの程度フォローしているかを推測できる参考データと考えられる乳児の家庭訪問を調査した結果では、訪問未実施が低体重児出生届 72.2%、未熟児養育医療 89.3%、新生児出生届 47.6% という結果が出ており、低体重児出生届の場合は健診や相談で対応していたが、未熟児養育医療で把握したケースは、患児が入院中でフォローしていないケースが多かった。しかし訪問実施率は医療機関や他機関からの依頼のあるケースでは全数訪問をしていた⁷⁾。また、保健師が訪問前の電話連絡の際に、家族が「病院で見てもらっている」ということで、訪問に至らないで地域でフォローされていないケースも多く、さらにそのようなケースでは、福祉制度を利用しないでいるケースもあった⁸⁾。すなわち、保健師が低出生体重

児を直接対面で子どもや親をアセスメントしてフォローしていくには、医療機関からの地域の保健師に連絡し、働きかけることが要になり、これによって地域でのフォロー及び福祉制度の利用にもつながる。保健師への介入の必要性が言われる一方で、介入に対して家族の同意を得る事が必要であり、このためにNICU入院中に、保健所の機能について家族に説明をして、理解を得る必要がある⁵⁾。さらに、NICUから保健所をはじめとする地域医療機関に情報提供をした後、訪問結果や診療結果を地域からNICUへの報告をする相互連絡の必要性も指摘されている³⁾。

3) 訪問看護師の役割

NICUから退院した患児は何らかの障害を有している、または医療処置があることが多い³⁾、このような障害を持つ小児の看護婦の専門性が要求される⁶⁾。このため、小児看護の経験がない訪問看護師も在宅でのケアを実践するために、NICUあるいは療育施設での研修を行い、観察の方法、看護技術の習得の機会を作っていく必要がある。

また、医療処置がある患児の在宅療養を支えていくには、訪問看護師の外来同行⁶⁾や留守番看護の必要性⁹⁾も指摘されている。外来同行は、在宅療養生活の報告と診療内容を直接情報交換でき、一貫した医療により家族と患児は質の高い医療を受け、安心も得られる。また留守番看護により、介護者の負担軽減につながることがあり、これらを制度化していく必要がある。

- 1) 仁志田博司：障害を有するNICU退院時のホームケアシステムの現状と問題点. 小児科臨床 41(4):13-21, 1988.
- 2) Neonatal Care 編集部：アンケート調査報告[1]NICUにおける長期入院時の現状と看護上の問題点. Neonatal Care 9:春期増刊, 10-17, 1996.
- 3) 相川宏江、足立久美子他：18 トリソミー患児の在宅看護への取り組み—周産期センター3年間7症例の経験から—. 日本新生児看護学会 6(1):56-61, 1999.
- 4) 小川雄之亮：NICUと地域との連携. 小児看護 20(9):1095-1098, 1997.
- 5) 菊田美恵子：看護におけるフォローアップ—病院の立場から—. 日本新生児看護研究会誌 4:67-70, 1997.
- 6) 鳥居央子、川村佐和子他：重症心身障害児に対する在宅支援における看護の役割. 小児保健研究 53(4):541-548, 1994.
- 7) 渡辺輝美、金子仁子：家庭訪問優先順位の決定に関する研究—乳児への家庭訪問計画・実態調査から—. 保健婦雑誌、55(7): 583-590, 1999.
- 8) 深江久代：看護におけるフォローアップ—地域の立場から—. 日本新生児看護研究会誌 4:63-66, 1997.
- 9) 小沢浩、野間清司他：小児在宅人工呼吸器療法事例を考察する. 小児保健研究 60(4):538-542, 2001.

<事例資料>

患児：Aちゃん 女児 年齢：1歳1ヶ月

診断名：極低出生体重児・咽頭軟化症・未熟児網膜症・無呼吸
脳室周囲白質軟化症（PVL）

1. 入院中の経過

出生週数28週2日、体重1185gで未熟児室のある総合病院の産科で出生した。直ちに小児科に転科し、未熟児室に入院し挿管、人工呼吸器による呼吸管理が開始された。約1ヶ月半経過したところで眼科医から未熟児網膜症を指摘され挿管したまま小児専門病院へ転院となる。専門病院では、NICUへ直接入室して、眼科にて光凝固術を施行。その後の経過は順調で、人工呼吸器から離脱し保育器内で経口哺乳を試みるまでになった。しかし、無呼吸発作が頻発し、精査の結果、咽頭軟化症とPVLが指摘され挿管して人工呼吸器による管理となった。その後、咽頭軟化症の悪化防止のため鼻腔に挿管チューブを挿入し、安静保持のため鎮静剤を服用、長期にわたり傾眠状態で過ごす。経過は長期になつたが、転院後9ヶ月後に挿管チューブは抜管でき、咽頭軟化症は完治していないものの、在宅療養が可能と判断され、主治医が家族に働きかけて退院が決定した。

小児専門病院の医療ソーシャルワーカー（以下MSW）が家族に紹介して、退院後の訪問看護の利用が進められ、M訪問看護ステーションに依頼をした。退院前約3週間から訪問看護ステーションは退院準備を開始した。まず退院前のカンファレンスが行われ、出席者は患児の母親、主治医、受け持ち看護師、病院内のMSW、訪問看護師であった。患児の自宅の地域担当保健師は日程調整ができず、同様のカンファレンスが別な日に行われた。

カンファレンスの内容は、①主治医から、これまでの経過及び現在の患児の状況や退院後について具体的に説明がされた。PVLの予後について、心身の成長発達、日常生活行動の発達の遅れが予測されること、未熟児網膜症については手術後新しく問題となる症状はなく経過観察、咽頭軟化症については今後耳鼻科で経過観察をしていくことであった。②母親に対しては、MSWから訪問看護師を紹介された。訪問看護師から、訪問看護ステーションの概要や利用料金、提供できるサービス等の説明を行い訪問時の家族からの要望を確認し、同時に質問や疑問等も受けた。③訪問看護師は、受け持ち看護師から直接、入院中の母子の様子や退院指導の状況等について情報を得た。

訪問看護師はカンファレンス後、病棟訪問を行い、患児と対面して、患児の現在の状況を観察、受け持ちの看護師から現在の状況や問題等の情報収集をした。また、患児の担当の理学療法士（以下PTと略す）から患児の現在の問題点と訓練の内容と現状の機能を聞き、在宅で訪問看護師ができる訓練の指導を受けた。

退院後のフォローアップは、小児専門病院が自宅から遠く出生した総合病院が自宅から歩いて行ける距離にあったため、両親の希望もあり自宅近くの総合病院の小児科外来でフォローすることとなる。但し、眼科、耳鼻科やリハビリテーション科は小児専門の外来がある小児専門病院でのフォローとなっていた。

2. 家族背景

両親は自営で飲食店を経営しており、母親も従業員であった。そのため、面会は少なく退院指導も約束時間に来ないことはよくみられた。母親が患児の日常生活のケアを行うまでの問題なかった。父方祖母は、患児が入院中に、主治医から患児の予後について説明を受けており、吸引等の指導を受け技術の習得はできていたが、退院後に実践したことなかった。父親は朝 10 時頃に出社し帰宅が深夜で入院中は患児との面会も少なく、入院中に患児の予後について主治医から説明があつても、質問や動搖したり困惑したりする様子はなく表情も変わらなかつたことが観察されていた。また、退院後に育児や家事の手伝いはしなかつた。父方祖父母は、家族で飲食店等を経営しており患児の父が育児に参加せず仕事をすることは当然と考えている様子であった。父方祖母と母親は関係がよくなかった。

母方祖父母は、母が幼少の頃離婚をして母方祖母が、患児の入院中も母の精神的な支えになっていた。患児の退院後は父方祖父母への遠慮等の理由から育児の手伝いは期待できなかつた。

3. 退院時の問題点

PVL により、筋緊張が強く反り返りが多く刺激に対して過敏であった。痙攣は見られなかつた。快不快は表現できるが、凝視ははつきりせず、喃語が聞かれなかつた。四肢麻痺や精神発達遅滞の後遺症の出現が予測されていた。

覚醒時に喘鳴が常時あり、吸引でも消失しない。咽頭軟化症のため吸引チューブを深く挿入できず、また吸引をいやがり啼泣している。啼泣が強く、咳嗽がひどいとチアノーゼが出現した。啼泣により発汗が著明であり、体温が高めであった。

嚥下が上手にできず、舌を丸める動きが目立ち、乳首を入れるとかむことが多かつた。また咳嗽、啼泣により嘔吐が誘発されていた。栄養摂取は、経管栄養でミルクを 1 日 600 ~700ml 注入しているが、嘔吐により水分バランスが崩れ、脱水を起こす可能性があつた。また体重増加不良であった。注入方法により、下痢を起こしやすかつた。そして、皮膚が過敏で下痢が続くと肛門周囲のびらんが起つりやすかつた。

母親は患児の状態について説明は受けているが、身体状況の理解がどこまでできているかは明らかではなかつた。

4. 退院後の生活

母親は患児の病状に困惑し、さらに患児の 1 日の生活リズムも確立されず昼夜を問わず啼泣するのに、どのようにしてよいのかとまどつておらず、自分の食事もとれないでいた。母ひとりで育児を行っているためか家事はおろそかになりがちで、父方祖母から注意を受けることがあつた。母親は喫煙の習慣があり、退院後の患児の世話による負担の増大からか喫煙量が増していた。一方で、患児は呼吸状態が安定しておらず、喫煙による刺激も考えられたが、自宅が幹線道路沿いのため窓は 1 日ほとんど閉めたままで、1 日中エアコンをつけていた。

患児に鎮静剤が処方され、緊張状態を調整して徐々に生活のリズムを作つていったが、母親は患児の発熱や呼吸状態の変化、嘔吐など心配なことがあると、訪問看護ステーションの 24 時間電話相談サービスを利用して、曜日に関係なく 1 日 3 回程度、訪問看護師に電話で問い合わせをしていた。訪問看護師が対応している中で、患児の状態を理解し、必

要な処置を行い、対処できるようになっていった。電話による相談は退院から2ヶ月後には週に1回程度の相談になっていった。このように、不安の強かった母親が、いつでも連絡のとれる24時間電話サービスを利用できることにより不安の軽減につながった。

また、母親は訪問看護師に患児以外の家族関係や心配事などについても話していた。訪問看護師は傾聴して、母親の精神的安定に努めた。このように訪問看護師が母親の特徴を理解して対応することで、当初不安の強かった母親だが、徐々に落ち着いて、新しい出来事にも対応できるようになり、少しづつ自信をつけていった。

訪問看護師は、退院時共同指導でのカンファレンス等で必要な情報を収集でき、病院訪問を1回で終えることができた。退院後は、患児の状態の変化により、ミルクの増やし方、水分摂取の仕方について指導する必要があり、訪問看護師によって母親に適切なアドバイスを行う事ができた。吸引などの医療処置について在宅で母親が実施するには、物品、手技など工夫、改善がのぞましい方法もあったが、母親が患児の養育だけで精一杯の様子であったため、しばらく病院で指導を受けた方法で行っていた。在宅療養継続期になり、医療処置の手技を家庭の状況に合わせた、より簡便で清潔な方法に変更していった。これに對して、母親は、不安を表出することなく実践することができた。

保健師は訪問看護師と退院前のカンファレンスで同席できず、その後も相互連絡はなかった。また母親への保健師からの連絡も1回のみであった。退院前の病院訪問で、PTから訪問看護師が指導を受けた訓練は継続して実践できた。

NICUから在宅療養へ移行する患儿(医療処置あり)のケアマネジメント NICU看護師、外来看護師、訪問看護師、保健師用

ケアマネジメントプログラムの活用にあたって

- ☆ 「実践」には、病院看護師、訪問看護師、保健師の役割が「〇〇は××をする」と明確に表現してありますが、その職種がやらねばならないと言わなければなりません。同様に「連携機関・活用できるサービス」も職種や機関を限定したものではありません。施設や地域によって役割も可能な活動も異なるので、ケースバイケースで考えてください。
- ☆ それぞれの職種でこの役割をとることが決定した場合は、それを一貫して遂行してください。
- ☆ 連携期間、活用できるサービスで、福祉機関の利用がありますが、各市町村で窓口となる名称が異なります。各市町村の該当する機関を確認の上
- で、活用してください。

患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考	
			#在宅療養移行の決定を担当医師、看護師のみでなく、医療チームで決定し、以下のプログラムをチームで検討していく #在宅療養支援を実施する病院の担当者、部署を医療チームに入れて退院後の連絡窓口の一本化のための、体制を作つておく #院内での調整のためのカンファレンスは随時行う #保健師との連絡をどの時点で取るかの調整を行う(自宅のある保健所へ退院予定の連絡と訪問依頼など) #地域によっては保健師とNICUとの連絡体制が確立している	#家族の意思決定に影響を及ぼす要因 ①外来受診、救急対応先(含交通手段)、現入院先との連携体制の有無 ②在院期間 ③医療者からの初回の在宅療養の説明内容・医療者の姿勢 (在宅療養に移行時期の提示の仕方) ④経済状態:自己負担金を含めた経済的な見通し (準備期4参照) ⑤健康状態 ・類・介護者・介護する身体的な面、ケアを習得する理解力 ・子どもが自分で身体の変化サインを出すことができる状態か ⑥児と同じような病状の子どもが在宅療養している経験談を聞いたことがありますか ⑦地域でのサポート資源の活用がどの程度可能か ※家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行う #医療チームで情報交換して、アセスメントする。その結果を基に、介護力の把握、社会資源の活用を検討する #家族の相談窓口や精神的オローソする役割を誰がとるか
1.在宅療養へ移行するための医療チームの編成	1)看護師と医師との調整 ・患儿がどういった状態になつたら在宅療養へ移行できるかのゴールの設定をする 2)院内の医療チームの編成をする チーム内で上記のゴールの共有をする 3)医療チーム内で、院内の調整役を決める 4)連携が必要な地域の機関の査定を行う	院内の医療チームの編成 主治医、看護師、婦長、外来看護師、MSW、医事課、在宅療養支援部門スタッフ、OT、PT、臨床心理士など(施設ごとに構成員は異なるが、調整役を明確にしておく) 地域の連携機関 保健所、教育センター、訪問看護ステーション、地域の小兒科医		
2.家族の意思決定ができる	1)主治医が患儿の疾患について家族への説明を行う ①今後の成長発達について ②疾患について今後予測される障害と対応 ③医療的処置について今後の予測と在宅での留意点 2)主治医、受け持ち看護師は現在外来通院している同病の児と話したり、会う機会を作る 幼少児は同様な状況で前向きに生活している在宅療養児の親を紹介する		医療チームで情報交換	
3.家族の受け入れ体制が整う	1)患児を直接ケアする機会を作る 2)面会の頻度の確認と、面会時間を利用して指導できる体制を作る 3)両親の患儿の関係(愛着形成等)を面会時に情報収集する 4)キーパーソンは誰か、親・介護者の背景、親戚との関係、生活様式、考え方 5)家族が患儿の疾患が理解できているか、疾患の受け止め方はどうかについての情報収集する 6)兄弟がいる場合は育児支援の確保			

導入期（在宅療養への意思決定）

患者の目標(二ード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
1.日常生活ケア・医療的処置の技術の獲得ができる!	①受け持ち看護師は子どもとの入院中の1日の生活パターンを主たる養育者(母親)に説明 ②受け持ち看護師は養育者へ日常の育児指導・確認を行つ ③受ける指導をする ④技術指導の開始時期の決定 ⑤入院初期から在宅療養を考慮した医療処置の物品・方法を選択していく ⑥技術の技術習得時に伴う精神的負担感を観察する ⑦医療機器の取り扱いと管理について指導 ⑧機器の使用する機器・器材の選択の援助 ⑨家で使用する機器・器材の選択の援助	* 医療保険:退院前訪問指導料(1か月以上) * 医療保険:退院後居宅を訪問し状況の把握が出来る * 親の会	#技術指導の方法は受け持ち看護師が中心となり計画立案すること #医療者側は技術習得に抵抗を示す人、習得困難な人もいること #理解して、退院指導を行つていく #指導を行う中で習得状況に問題があれば指導方法の変更も考慮していく #家族の誰がどのような指導を受けて習得しているか確認できるようにする(チェックリストを使用)
2.居宅の環境を整える	①患者の居室、医療機器を置く台、処置台、衛生材料及び薬品の保管場所 ②患者と家族の部屋、入浴方法など生活状況 ③その他の在宅療養で必要な物品 ④1)在院中から病棟スタッフが在宅移行後の方法を考慮して、在宅療養にあつた衛生材料の使用法を実践する 2)病院から提供できるものを購入物品を明確にする 3)自己負担の物品の購入方法(物品によってはばら売りが可能な業者)を家族に紹介する	* 外来の衛生材料を扱っている部門(医事課、用度課)	#導入期から患者・家族に外来受診方法を伝えていかないと、準備期の不安につながり、在宅療養移行への阻害要因ともなる #入院病院の窓口(訪問看護ステーションからの問い合わせ窓口):小児科外来、新生児科、相談室、在宅支援部門 #施設により一定期間は入院していた病棟が窓口になり、その後外来が窓口になる場合がある ※退院後の窓口はいつまでも病棟で、いつからが外来であるかが、院内のシステムとして確立していることが望ましい、 #外来看護師は入院中から在宅療養予定の患者の把握につとめど、外来でのフォローがやすい
3.衛生材料の入手および使用方法が理解できる	4.外来受診・緊急時の医療体制が確立する	* 地域医療機関 * 保健所・市町村保健センターの保健師 * 小児科外来受診、専門科別の外來受診先の決定 * 緊急性の対応 * 退院後の連携確立のための準備 * 特に入院病院以外の施設で外来フォローする場合、複数病院や外来の連携 * 入院病院の窓口の一本化のための院内の調整 * 自宅のある保健所へ退院予定の連絡と訪問依頼 * 訪問看護指示書の発行先の確認 * 主治医、受け持ち看護師は家族へ急変時の対応の指導を行う	#具体的な訓練方法を図、写真等を活用し訓練を継続できるようにする
5.児童の成長発達への援助が継続される	6.経済面の支援が受けられる	* OT * 保健師、児童福祉士(児童相談所)、 * 訪問看護ステーション	#助成・手当・医療保険ある、重複できないもの、在宅の期間によるものがある #重度心身障害手当 * 特別児童扶養手当(1歳未満は適応外) * 乳幼児医療費補助 * 重度心身障害者認定による優遇措置 * 身体障害者管理料(13項目) * MSW 保健師
在宅準備期(院内で在宅療養に向けて準備する)		1)看護師はどこに行けば医療補助、助成金、手帳の申請手続きの情報提供して、パンフレット、MSW、保健師、福祉事務所につなげられるようになります 2)退院後の自己負担額を明らかにする(衛生材料の自己負担額も含む) 3)医療機器の購入・借用についてのアドバイス(ベッド、車椅子その他)を行う	1)看護師は院内にてP.T.O.T訓練の継続のための準備を行う。家族・介護者に訓練方法の指導を行う 2)病院スタッフは外来通院、通園施設による訓練の確保について助言する

患者の目標(ニード)	実践
退院移行期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）	<p>1. 家族ができる</p> <p>1) 患児が試験外泊(院内・居宅)を繰り返しながら、以下の項目の調整を行っていく</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患児の生活時間と養育者の生活時間の調整はどうか ・夜間のケア内容、大変だったこと ・養育者は睡眠はとれたか? ・仕事などへの影響はなかつたか? ・他の家族特に兄弟のための時間は確保できたか? ・予測しなかつた事態はおきなかつたか? ・家族の役割を捉えて、介護を分担できたか?夫婦関係の変化 <p>2) 評価を踏まえた在宅移行への準備 居宅での生活に向かう日常生活を工夫について家族と検討する</p> <p>3) 保健師の役割を家族に説明する(含、訪問ステーションの利用料金説明)</p> <p>4) 訪問看護師の紹介・活動の説明をする(含、訪問ステーションの利用料金説明)</p> <p>5) 病院側から、患児が外泊時に保健師や訪問看護ステーションに対して訪問を受けられるように依頼する</p> <p>6) 訪問看護ステーションと保健師は相互に連絡を取り、外泊中に可能な範囲で訪問を実施する</p> <p>7) 上記①評価の結果を病棟看護師は訪問看護ステーション、保健所と共有する。</p> <p>1) 訪問看護師は入院中に病棟を訪問する「退院前カレンダーシスをもつ」</p> <p>①患児の家族(両親)、主治医、受け持ち看護師、患児の担当MSW、保健師、訪問看護師の顔あわせ</p> <p>②主治医から患児のこれまでの経過と現在の状況の説明と退院後の予想される状況、問題点等の説明</p> <p>③受け持ち看護師から入院中の患児看護の内容、退院指導の内容、面会の情報提供(家族が同席する)</p> <p>④家族から、現在の家族の状況や患児が退院するにあたつての準備、家族の思い等の説明</p> <p>⑤訪問看護師から訪問看護ステーションや訪問看護の内容、利用料金等の説明と家族からのそれに応じる質疑応答</p> <p>⑥家族が訪問看護師に要望する内容の確認と検討</p> <p>⑦保健師の活動内容の説明とそれに対する家族の要望</p> <p>⑧MSWからの意見、要望</p> <p>⑨患児と面会し現状の確認</p> <p>2) 訪問看護師は、患児の疾患の現状について、主治医からどのような話がされているか確認する(「準入期2-1」)。低出生体重児で出生したことによる成長発達について、疾患、予測される障害と対応、栄養摂取方法と指導内容の確認、在宅療養児の留意点)</p> <p>3) 「準備期(-3)」: 訪問看護師は養育者が受けている医療処置、日常的なケア技術の指導内容を確認する。病棟訪問時に可能であれば、ケアを実践して、必要時指導を受ける</p> <p>4) 訪問看護師は患児に必要な訓練の内容をPT、OT、STから、指導を受ける。</p> <p>5) 訪問看護師は、家族の思いを受容、尊重した姿勢で関わる</p> <p>* 受け持ち看護師、その日の受け持ち看護師、訪問看護師 *院内外泊の場合には保健師、訪問看護師 *居宅の外泊の場合には保健師、訪問看護師</p> <p>#外泊中の訪問(保健師との連絡を取り、訪問看護師か保健師のどちらかが訪問できるようにする) ・保健師は外泊中の訪問看護が可能 ・退院前ビス訪問看護は算定されないので、訪問看護ステーションはサービス訪問になる #保健師の役割としては医療処置の実施ではなく、患児や家族の観察や医療チームの調整(医療処置の実施のために保健師のためにNICUで研修をする)</p> <p>#訪問看護師は、患児に必要な医療行為や訓練、看護を獲得できていることが前提である。これらに自信をもつたためにも積極的に病棟で行われていることを学ぶ姿勢をもつ(但し、患児が入院中の訪問看護は、病院側、ステーションとも1回のみくみで1回の場合は保健適応外。2回目以降として請求できるが、同一法人の場合は、サービス訪問どおりの訪問看護師による訪問は、サービス訪問どおり時間的拘束、ステーションの経営上の問題等、実践が難しい現状である。)</p> <p>* 主治医、受け持ち看護師、保健師、MSW、訪問看護ステーション * 主治医、受け持ち看護師 * 病棟受け持ち看護師 * PT、OT、ST</p> <p>#訪問看護師がOT、PT、STに直接会う #入院中の家族の状況、退院に向けての家族の思い等を受け止めることが必要である。そのためには、聞く姿勢を持ち、生命に危険が及ばない範囲であれば注意や指導は控える。</p>

患者の目標(ニード)		実践	備考
3.日常生活ケア・医療的処置の技術の獲得ができるII	1)家族のケア技術の確認をする 2)訪問看護師は病院で実施されている内容が実際に家庭で実施可能かを確認する 3)訪問看護師は、衛生物品が整っているか確認する	連携機関・活用できるサービス(社会資源) * 保健師、MSW	#医療的処置が必要な場合、機器の理解の確認も行う(たとえば在宅酸素を必要とする場合)
4.家族が受け入れ体制を整えるII	1). 訪問看護師は居宅の状況が整っているか確認、評価する ①家族のキーパーソンは誰か、 ②養育者の育児に協力できる人がいるか ③家族の健康状態はどうか ④兄弟、姉妹が受け入れられるように援助する	連携機関・活用できるサービス(社会資源) * MSW * 保健所 * 福祉制度利用の窓口となる市町村の担当窓口 * ボランティア	#保健師の家庭訪問が実施された場合情報が得られやすい #社会資源の利用については、病院側が押しつけないようにし、家族が利用するか否かを決められるようには市町村の担当窓口に問い合わせる
5.社会資源の活用ができる	1)病棟看護師と訪問看護師で福祉サービス、手帳等の申請や手続きなど(準備期6)ができているか確認し、情報を共有する ①医療費の助成は受けているか ②医療機器の貸し出しや購入はどうか ③福祉サービス、介護のために使てるサービスの確保はできているか ④福祉機関との連携は地域保健師に連絡してそこから紹介してもらう 2)入院中に手続きをなるべくしておく 3)適応年齢になつたらすぐに利用できるようになる 4)近隣の医療機関との協力体制をとる	連携機関・活用できるサービス(社会資源) * MSW * 保健所 * 福祉制度利用の窓口となる市町村の担当窓口 * ボランティア	#担当看護師は毎日変わるので、医療者側の統一した家族への対応が必要である
6.在宅療養での疑問点、不安な点が明確にできる	1)以下の項目について家族が病棟看護師前に具体的に不安、疑問を出せる ①日常生活のケア ②医療的処置の技術習得 ③患儿・家族の生活時間 ④栄養摂取方法 ⑤緊急時の対応 2)1)を明確にするための話し合いの機会を作り、患儿・家族、医療者で総合的に退院前の評価する ①退院後の医療機関との協力体制 ②地域・行政の支援内容の確認 ③患儿の病状急変時対応の確認 ④在宅で必要な医療機器、衛生材料等の物品 ⑤外来受診の方法と連絡体制 3)在宅支援関係者間の調整会議を開催する。退院後の調整役(ケアコーディネーター)を決めておく	連携機関・活用できるサービス(社会資源) * 主治医、受け持ち看護師、外来主治医、外来看護師、保健師、MSW、訪問看護ステーション	#在宅支援関係者間の調整会議は、患儿が入院中1回しかく退院時共同指導加算>は請求できない #入院元病院内(病棟、外来、医師、看護師、MSW)の意思統一を行っておく #担当看護師が望ましい
退院移行期(つき)		安全に在宅療養に移行できる	#退院時のサマリーは診療報酬扱いになり、出さない施設もある。この場合、病院看護師は、訪問依頼票や連絡票の形式で経過や位置について訪問看護師ステーションが情報収集できるようにする。 #病院から市町村保健所精神保健福祉センターに「保健福祉サービスに必要な情報」を提供する(診療情報提供料を算定できる)。 #母子保健事業として新生児の訪問指導、未熟児の訪問指導、長期療養児の療育指導のための訪問があり、これに連絡票を活用し、診療情報提供料を算定できる。(育成医療のみ連絡票が無く、給付券のみ) #保険外だが、訪問看護婦による退院時同行訪問が望ましい
退院			

患者の目標(ニード)		実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
1.家族が獲得したケア技術を実施できる	1)訪問看護師は患児の症状の観察、状態変化の有無を判断する 2)訪問看護師は家族の実践する医療的処置の確認と必要時(は指導、医療機器が使用できることの確認) 3)訪問看護師は日常のケア技術の確認、指導 4)訪問看護師は医療行為に必要な物品の調整、指導 ①安価で確実な在宅での消毒方法の確認、指導 ②医療処置に必要な衛生材料の調整、調達(より患児にあつた物、在宅で使用しやすい物)をする	1)外来: 患児の待ち時間を利用して外来看護師が相談窓口となる 2)居宅: 訪問看護師や保健師の訪問時に家族の思いが出せる機会を作る 3)病院: 家族からの問い合わせがあつた場合、病棟でも外来でも応じていき、その内容を訪問看護ステーションに伝達していくようにする 4)外来受診病院と訪問看護師ステーションが連携をとれる・訪問看護師からは訪問看護報告書と看護計画書により情報の伝達を行う 5)保健所からは家庭訪問の報告書により病院、訪問看護ステーションの伝達を行う(文書での申し送り: 保健所からの連絡票は資料参照)	* ステーションの24時間電話相談サービス の利用(月1回 24時間連絡体制加算2500円請求可能)	#初回訪問は退院後できるだけ早い時期にする #訪問看護師の的確な観察と判断が必要 #医療行為の指導基準は病院での退院指導に準ずる #家族がやりやすい物品、手扱きを考慮する #ステーションの24時間電話相談サービスは実施していないシステムがある #地域保健師、訪問看護師等の機関が連絡を取れる体制がある #病院、地域保健師、訪問看護師の窓口を一本化して、明確にする 確立する。特に病院側の窓口を一本化して、明確にする
2.患児・家族が在宅療養に移行した後の疑問や不安を解消できる	3.家の環境が整えられる 4.患児と家族が在宅療養に慣れる	1.介護用品、生活補助用具の調整をする 2.患児の生活リズムの見直し 3.家族の睡眠状況等日常生活の状況 4.部屋の中の状況観察、調整 5.不定期外来受診の回数の確認、情報収集 6.24時間電話サービスの利用回数、相談内容 7.2)黒児のこと以外で養育者がから訪問看護師に相談があれば相談に応じる	* 外来看護師 * 受け持ち看護師 * 保健師 * 訪問看護ステーション * 業者を利用 * 身障者手帳のサービス制度(日常生活用具)の利用	#身障者手帳が乳児で交付されないことがあるのでその場合は、 #身障者手帳のサービス制度は地域により異なるので確認が必要 #身障者手帳のサービス制度は家族を中心とした強制はせず家族、特に養育者のペースにあわせ少しずつゆっくりと行う #家族以外の他人が自宅に訪問することで養育者や家族にストレスを与えないよう注意する #養育者の特徴を理解しておくことが必要 #保健師に報告する(電話・報告書) #必要時保健師が訪問し、外来や福祉機関との調整を行う
5.家族が患児の成長発達への援助を理解できる	6.主たる養育者(母親)の身体的精神的負担を軽減する	1)訪問看護師が患児の心身の成長発達の状況を観察し評価して、家族の日常生活のリズムができる、患児のケアが日常的に行われるまで訪問時に育児の援助と調整を行う <観察項目> -患児の表情や活動性 -患児の経管栄養、水分摂取、排泄状況等の養育指導 -患児の睡眠状況等日常生活の状況 -養育者の表情や活動性 -養育者からの不安や活動性 -患児と家族の関わりの状況 -家族の日常生活パターン -部屋の中の状況観察、調整 2)訪問看護師が患児の心身の成長発達の状況を観察する 3)患児がPT、OTの訓練を継続しているか確認する 4)訪問看護師が患児のハビリ(リハビリ)を行う 5)訪問看護師は養育者の話を聞き看護師に相談があれ 6)訪問看護師は患児のケアについて家族内の役割分担を確認し可能な範囲で調整、援助する	* ハビリ(リハビリ)を受けている機関のPT、OT	#訪問看護師は、小児の成長発達に関する知識が必要であり、個々の患児にあつた成長発達の評価ができることも必要 #訪問看護師はこの時期、養育者の話を聞くことに専念し意見はなるべく控えることにする

在宅移行期(退院後から家族・患児が安定する時期)

患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)
在宅移行期(つづき)	1.緊急時の対応ができる	# 安定期には定期受診以外は訪問による状態判断が主体である。 # よって訪問看護師の適切な判断が必要になる # 主治医と訪問看護師の連絡を密にして、状況に応じた指導ができる # 車椅子体制をとつておく(例:訪問看護師が状況に応じて栄養等の指示を変更できるように約束の方をとつておぐ)
継続期(患児の全身状態が安定して、家族の養育・介護が自立する時期)	2.家族が獲得したケアを確実に実施でき、状況に応じて応用できる	<p>1)訪問看護師は患児の身体的・精神的・社会的状態ができるよう観察、指導する</p> <ul style="list-style-type: none"> ①患児の状態を観察し変化を判断する ②適切に医療処置が行われていることを確認し必要時指導、援助する ③患児の体調に応じて、医療処置(栄養摂取法)の方法を委更して家族に指導する ④薬の使用方法の確認と患児の体調に応じた使用方法を指導する <p>2)訪問看護師は衛生物品の使用状況や使用方法の確認と、医療機器との連携で物品の準備の指導をして、安定した供給ができるようにする</p> <p>3)訪問看護師と保健師が情報交換をして継続した介入を行う</p> <p>* 自費購入分の医療機器や衛生材料を扱っているメーカー</p> <p>4)訪問看護師は患児のケガ・アレルギー・感染症の評価を継続して行い手抜きや慣れによる事故の発生を防ぐ</p> <p>5)訪問看護師は患児のストレスが適切な範囲内であるように観察、援助する</p> <ul style="list-style-type: none"> ①患児と家族、特に養育者との関係を観察する ②移動方法の確保や外出の勧め <p>6)訪問看護師は家族の心身の安定が継続されるように援助する</p> <ul style="list-style-type: none"> ①主たる養育者の役割を観察する ②患児と祖父母の関係、祖父母と患児の両親の関係の把握 ③必要時、訪問看護師は患児の状態や処置について家族にわかりやすく説明し理解を求める ④患児のこと以外の相談にも応じる <p>7)訪問看護師は生活の変化や突发事件に対する対応方法を明確にして、養育者に相談、指導を行い、緊急時の対応方法を明らかにしておく</p> <p>8)家族の意思にあわせて利用できる社会資源を紹介する 9)外出時の移動方法が確立する 10)患児の成長発達にあわせ車椅子の導入を考えていく</p> <p>* 24時間電話サービス</p> <p>* 地域のサポートシステムの活用(ボランティア、ファミリーサポート、育児支援) * 福祉タクシー、移送サービス * PT,OT</p>

患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)		備考
		*市町村の福祉担当窓口、保健師	#小児の成長発達に関する知識が必要である #患兒の年齢がいは療育センターの適応となる	
3. 患兒なりの成長発達が阻害される	①訪問看護師は患兒の成長発達を観察、判断して、保健師と共有する ②訪問看護師は養育者に患兒の発達を考慮した関わりやアドバイスをする ③訪問看護師は患兒が健康維持、增进できるよう専門科受診の受診状況の確認誌、必要時、主治医、外来看護師と連絡を取る ④訪問看護師、保健師は養育者の要望や必要な状況ならケアや家事の援助者(ボランティア、ヘルパーの利用)を導入する ⑤訪問看護師は養育者の不満や不安等、日常生活全般も含め積極的に傾聴し、受容的態度で接していく ⑥訪問看護師は家族内の役割分担の確認、調整を可能な範囲で行う ⑦訪問看護師は養育者の健康問題へのアドバイスをする ⑧訪問看護師、保健師は経済面の維持、負担軽減がなされているかを確認する ⑨自己負担や医療控除 ⑩公費医療や補助の活用	* 受診病院 * 市町村の福祉担当窓口 * 保健師 * 市町村の福祉担当窓口 * 市町村の福祉担当窓口 * 市町村の福祉担当窓口 * 市町村の福祉担当窓口 * 市町村の福祉担当窓口 * 市町村の福祉担当窓口	#外来受診病院窓口の明確化 #控除やサービスは所得制限や年齢制限があつて利用できないことがある	
4. 主たる養育者(母親)の慢性的疲労や負担の軽減	5. 必要なサポート体制の活用ができる			

NICUから保健所への連絡票

保健所長殿

フリガナ 氏名	男・女	年 月 日出生(第 子)
住所	自宅 〒 帰宅場所:自宅・実家()	年 月 日 電話() 年 月 日 電話()
家族の状況	父:氏名 母:氏名	家族構成 □ <input checked="" type="checkbox"/> ○ 歳 職業() 歳 職業()
	身近な援助者 キーパーソン	
出生時の状況	出生場所:当院・施設名()	母体搬送・出生後転院
	在胎週数:在胎()週()日	予定日: 年 月 日
	分娩様式:頭位・横位・骨盤位・自然分娩・吸引・鉗子・帝切・その他()	
	出生状況:体重()g 身長()cm 頭囲()cm 胸囲()cm 単胎・双胎(第 子) 品胎(第 子)	
	出生時の特記事項:新生児仮死 無・有 アプガースコア 1分()点 5分()点 妊娠中の状況:異常 無・有(切迫流早産・中毒症(蛋白尿・高血圧・浮腫)・尿糖 その他() 既往歴 無・有()	
入院中の経過	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 保育器収容日数()日 診断名	
	呼吸障害:無・有 酸素使用:無・有 生後()日 ~ ()日 人工呼吸器装着:無・有 生後()日 ~ ()日	
	黄疸治療:無・有 光線療法()日 交換輸血()回 眼底所見:無・有 網膜症治療:無・有() 瘙撓:無・有 生後()日 ~ ()日	
	在宅医療処置:無・有(経管栄養・吸引・酸素・ その他の合併症	
	日齢()日 体重()g 身長()cm 頭囲()cm 胸囲()cm 栄養:母乳・混合・人工乳()ml × ()回/日 ミルクの種類() ミルクの増やし方:普通でよい・注意を要する() 摂取方法:経口・注入・混合 哺乳時チアノーゼ:無・有 むせこみ:無・有	
	退院処方:無・有() 退院時の身体状況 医師から説明されている内容	呼吸状態() 医療処置() 継続している合併症() 今後の成長発達 疾患について今後予測される障害と対応 医療処置について
退院時の状況	家族の受け止め方 その他の家族状況 在宅療養移行のきっかけ	
	予測される問題点と保健所で行ってほしい指導	
	フォローアップする医療機関 連絡先 次回外来受診日 月 日(科) 記録看護婦 記録日(年 月 日) 記録医師 記録日(年 月 日)	入院中の主治医 外来担当医

※本連絡票を保健所に送ることについては、ご両親(父、母)の了解を得ております

病院の担当連絡先 住所 担当課

電話番号 担当者

E-mail

記入上の注意 1)訪問看護ステーションへの連絡票とする場合は医療処置についてより具体的に記入する
2)記入内容は家族の言動など事実を記入して、カルテ開示できる内容にする

電話・訪問結果連絡票(保健所→病院担当連絡先_____殿)

フリガナ 氏名		訪問時年齢 歳 ケ月 (修正 歳 ケ月)
住所 電話	自宅・実家 〒 () -	
訪問時 の状況	訪問年月日: 年 月 日出生(第 子) 訪問先: 在宅者:	
本人の状況 活動・睡眠	体重()g 頭囲()cm	家族の状況(両親、兄弟) 一日の生活パターン
栄養	母乳・人工・混合 () ml × () 回	
離乳状況	児との関係、関わり方	
排便	()回/日 便性状()	
発達・その他		
その他の特記事項(家族の心配・相談事、在宅医療処置の実施状況)		
指導事項・今後の対応		
関係機関との連携		
病院への連絡事項		

※本連絡票を保健所に送ることについては、ご両親(父、母)の了解を得ております
施設名 平成 年 月 日

電話
E-mail

記入者名

III. 小児の訪問看護の機能の認識に関する実態調査

1.はじめに

これまで、小児の在宅療養を推進するために、医療施設や訪問看護ステーションに在宅療養に関する実態調査を実施してきた。また、病院から在宅へのケアマネジメントプログラムの作成を行う中で、小児の在宅療養推進に関する問題点を明らかにしてきた。そのプロセスの中で、小児の訪問看護を実施しているステーションの少なさばかりでなく、小児の在宅療養を支援する訪問看護ステーションの存在そのものや、訪問に関する基礎的な知識、果たしているサービスや機能が知られていないことがわかつてきた。このため訪問看護が、施設から在宅療養に移行する連携チームの一部として視野に入れられにくいのではないかという問題が浮かび上がってきた。また、利用する上での情報も不足しているのではないかと考えられた。

そこで、今回は、医療者や福祉・行政職に小児の訪問看護が提供するサービスや機能（以下「機能」を記す）がどの程度認識されているのか、またその機能を利用する意識がどの程度あるのかを明らかにすること、また利用している家族には各機能を利用している割合や満足度を、利用していない家族には利用の可能性を明らかにするための調査を実施した。また、訪問看護ステーションには、今回提示した訪問看護の各機能をどの程度提供できるのかについて調査し、利用者側、在宅療養を支援する側、訪問看護を提供する側の結果を比較しながら、小児の在宅療養を推進していく上での課題を見いだすこととした。

さらに、今回は複数の地区においてどの位の割合で小児の訪問看護を実施できるステーションがあるのかの実態も併せて調査した。

また、今回の調査用紙の配布により、副次的ではあるが、小児の訪問看護のサービス内容や果たすことができる機能、基本的な訪問に関わる公的援助等の知識の普及を意図した。

2.目的

1. 医師・病棟婦長・外来婦長および保健所・児童相談所・福祉事務所職員の、小児の訪問看護のサービス・機能に関する認識、各機能の利用可能性に関する意識を明らかにする。
2. 訪問看護を利用している家族・利用していない家族の訪問看護の機能に関する認識と、利用している家族の満足度を明らかにする。
3. 小児の訪問看護を実施している、あるいは実施する予定のあるステーションが、訪問看護の各機能について提供できるかどうかについて明らかにする。
4. 地区において、小児の訪問看護を提供できるステーションの割合とその背景を明らかにする。
5. 以上より、小児の在宅療養を推進する支援のあり方について考察する。

3.方法

質問紙調査による実態調査を実施した。

質問紙は、先行研究および研究者間の検討により作成した。各対象に複数のプレテストを実施し、質問紙の修正後本調査を行った。

- 1) 対象選択と配布数（注：2001年調査時現在では、「看護婦」「保健婦」の名称を用い

ていたため、当時の名称を用いる)

対象選択は、以下のような手順で便宜的抽出を行った。

回答者および、家族等への倫理的配慮も含めて、文書により研究の趣旨を説明し、調査の協力を依頼した。各機関へ郵送により依頼し、個別郵送による回収を行った。

- ① 医師：慢性疾患の小児の診療に関わっていると紹介を受けた国立療養所系の医師 53 名、および「病院要覧 1999-2000 (厚生省健康制作研究会編)」より 500 床以上で小児科を標榜している病院で、都道府県の最初に記載されている 1 カ所を選択し計 47 カ所各 1 名、小児専門病院 26 カ所各 1 名、合計 126 名に配布（病院の重なりはない）。
- ② 病棟婦長：医師と同様の医療施設で各 1 名、計 126 名。
- ③ 外来婦長：医師と同様の医療施設で各 1 名、計 126 名。
- ④ 児童相談所：「財団法人こども未来財団 All Rights Reserved.」の『I - Kosodate net』のホームページに掲載された児童相談所一覧より、都道府県で最初に掲載されている児童相談所 1 カ所を選択し、47 カ所で各 1 名、計 47 名。
- ⑤ 福祉事務所：「社会福祉法人桜葉会つがる野工房パッケージセンター」による『障害者の仕事の広場』のホームページに掲載された全国福祉事務所一覧より、都道府県で最初に掲載されている福祉事務所 1 カ所を選択し、47 カ所で各 1 名、計 47 名。
- ⑥ 保健所：「国立感染症研究所感染症情報センター」のホームページに掲載されている全国都道府県の保健所一覧より選択。保健所数が 20 カ所以上の都道府県は 2 カ所とし、都道府県の最初と中央の保健所を選択。それ以外は最初に掲載された 1 カ所を選択し、99 カ所を各 2 名で、計 198 名。
- ⑦ 訪問看護ステーションを利用している家族：全国訪問看護事業協会の資料により、全国的に文書により調査依頼を実施し、協力の了承を得られた訪問看護ステーション 39 カ所、および本研究班の研究者が所属する訪問看護ステーション 4 カ所の計 43 カ所で各 2 名、計 86 名。
- ⑧ 訪問看護ステーションを利用していない家族：調査依頼の了承が得られた医療施設および医師に各 10 名の配布（一部の施設は 5 名）を依頼した。ただし、配布が全数可能であったかは確定できない。全数配布されていれば 65 名。
- ⑨ 小児の訪問看護を実施した経験がある、または実施予定のステーション：全国訪問看護事業協会の資料により、小児の訪問看護を実施している、あるいは実施の可能性のある訪問看護ステーションに調査を依頼した。各ステーション 1 名で計 94 名。
- ⑩ 世田谷区・川崎市・茨城県西部の全訪問看護ステーションに、研究者が直接会議等で調査を依頼した。世田谷区 22 カ所、茨城県西部 17 カ所、川崎市 34 カ所で計 73 カ所。

2) 質問内容

「訪問看護の機能」（小児の訪問看護におけるサービスおよび機能）は、訪問看護ステーションのサービス・機能の内容を研究者間で検討して作成し、23 項目（<看護

サービス>9項目、<リハビリテーション>3項目、<栄養指導>4項目、<ケアマネジメント>7項目)を、対象者全員に質問した。用いた用語が統一して解釈されるように、用語の説明書を作成し添付した。

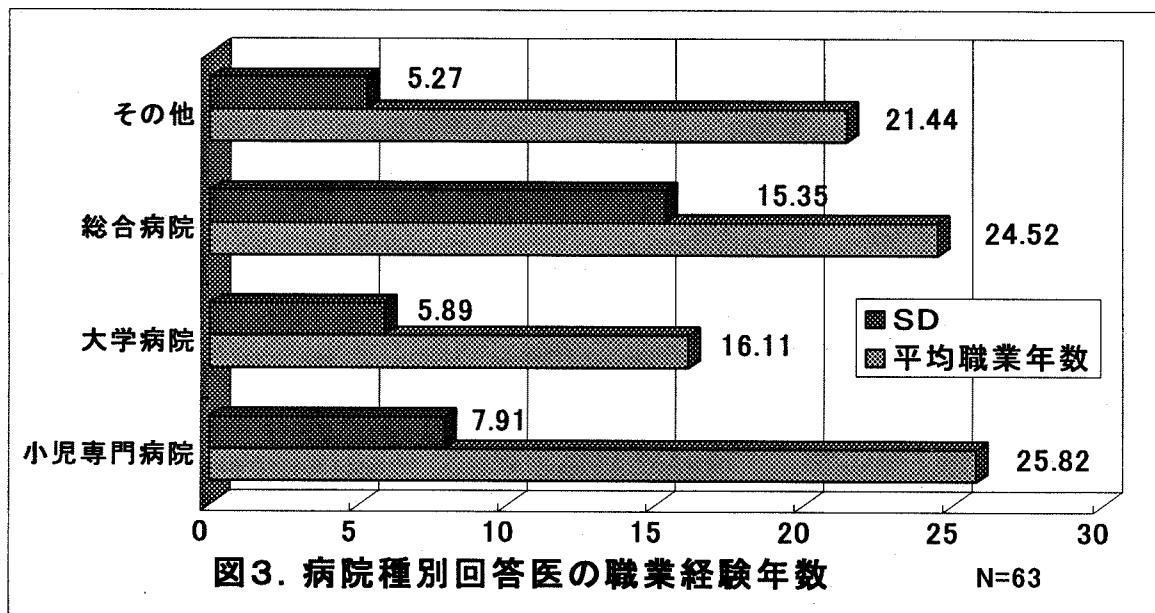
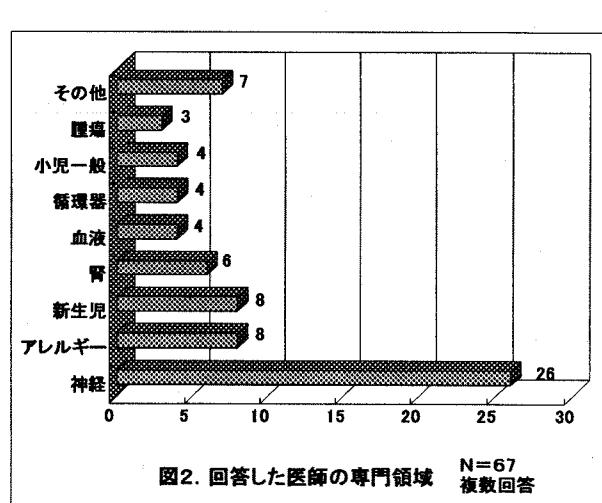
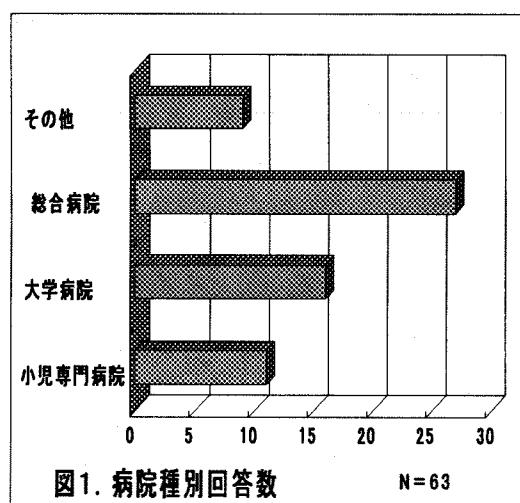
- (1) 医療者(医師・病棟婦長・外来婦長)および行政職(保健所・児童相談所・福祉事務所職員)
- ①回答者および所属する機関のデモグラフィックデータ(全員)
 - ②過去および現在の訪問看護利用者の存在(医師・病棟婦長・外来婦長)
 - ③在宅療養および訪問看護に関する相談を受けた経験の有無(保健所・児童相談所・福祉事務所)
 - ④小児の訪問看護に関する公的補助や訪問時間についての知識(全員)
 - ⑤訪問看護利用者の存在しない施設での訪問看護に関する知識・情報の有無(医師・病棟婦長・外来婦長)
 - ⑥訪問看護の利用をすすめるケースの存在(全員)
 - ⑦「訪問看護の機能」に関する認識および機能の利用の程度に関する意識(全員)
 - ⑧訪問看護ステーションとの連携についての自由記載
 - ⑨小児の訪問看護の利用に関する意見(自由記載)
- (2) 利用している家族・していない家族
- ①子どもや家族のデモグラフィックデータ
 - ②訪問看護に関する経験(利用していない家族)
 - ③訪問看護の存在に関する認識・情報(利用していない家族)
 - ④訪問看護を利用していない理由(利用していない家族)
 - ⑤訪問看護の利用度および満足度(利用している家族)
 - ⑥在宅療養に関する満足度(利用している家族)
 - ⑦「訪問看護の機能」に関する利用の程度と利用の可能性(利用している家族)
 - ⑧「訪問看護の機能」に関する利用の可能性(利用していない家族)
 - ⑨小児の訪問看護の利用に関する意見(自由記載)
- (3) 訪問看護ステーション
- ①事業所の概要
 - ②スタッフの看護経験
 - ③小児の訪問看護の実施の意志
 - ④「訪問看護の機能」について各機能を提供できるか否かについて
提供する条件や提供できない理由(自由記載)
 - ⑤小児の訪問看護の提供についての意見(自由記載)
- (4) 定点地区調査
- ①事業所および職員の概要
 - ②小児の訪問看護の経験者の有無
 - ③小児の訪問看護の実施状況
 - ④小児の訪問看護に関する意見(自由記載)

●医師へのアンケート結果

配布数 126 回収 67 (回収率 53%)

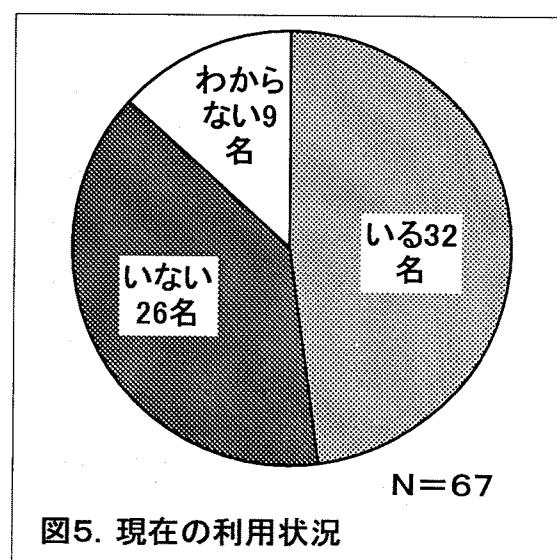
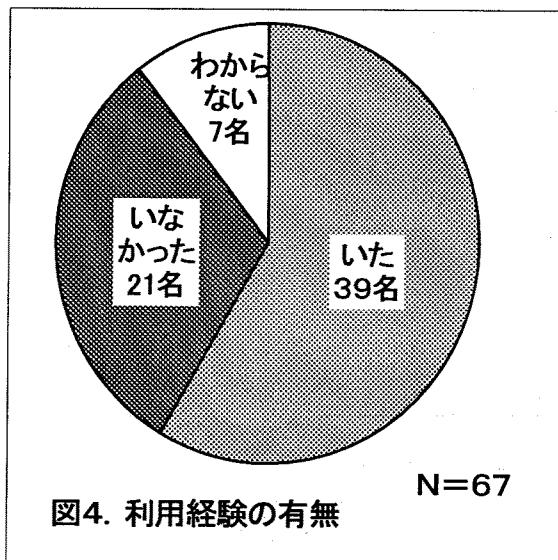
1. 回答者の背景

総合病院からの回答が多く、「その他」の病院は国立療養所がほとんどであった。医師の専門領域は神経が圧倒的に多かった(図1・図2)。

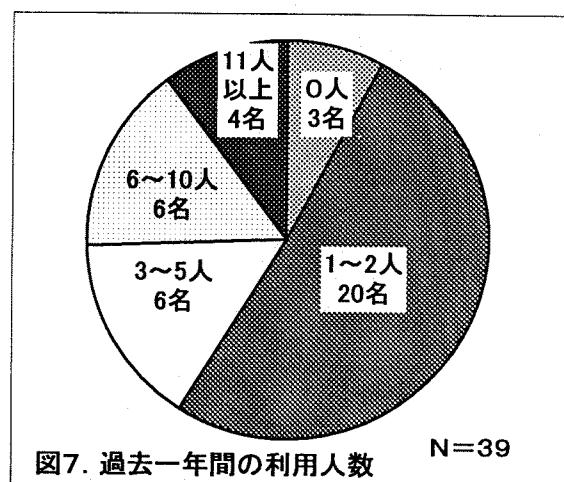
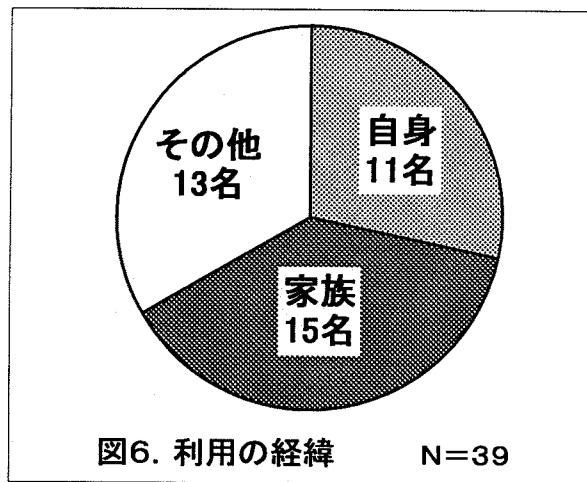


職業年数では大学病院で短く、他の病院では大きな差は無かったが、総合病院では標準偏差が大きく、職業年数の開きが認められた(図3)。

2. 訪問看護ステーションの利用者

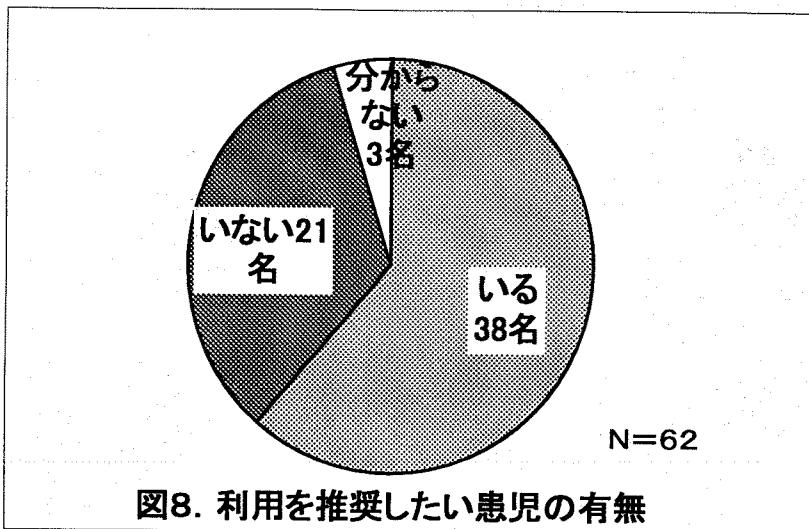


約6割の医師に利用の経験があり、約5割の医師が現在も訪問看護ステーションを利用している現状が見て取れる（図4・図5）。



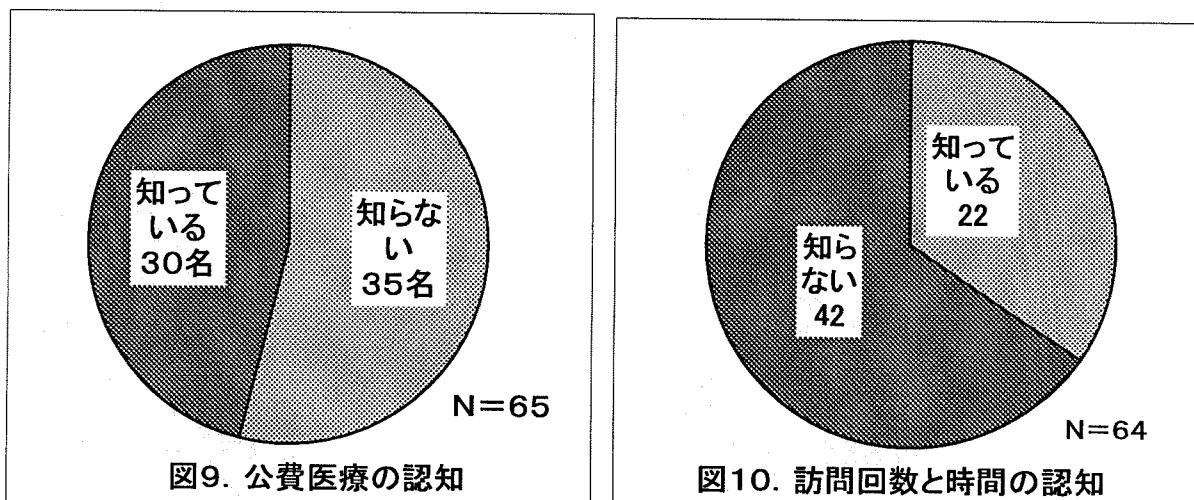
利用経緯は家族が探してきたが一番多く22%を占めており、医師自身は16%、その他は19%で利用経緯に関して、大きな差は見られていない。又、無回答も多い（図6）。

過去1年の利用状況をみると1~2人が圧倒的に多く、回答の約5割(49%)を占めており、無回答を含めた全体の中でも3割(30%)となっている。しかし6人~10人と11人以上を合わせると、回答の2.5割(25%)であり、無回答を含めた全体の中でも1割強(13%)となっており、積極的に利用をしている医師も相当数いることが分かる（図7）。



訪問看護ステーションの利用を勧めたい患児が『いる』は57.5%、『いない』は、31.8%であった（図8）。

3. 公費負担および小児の訪問看護についての知識・情報の有無



- 1) 公費負担医療：小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等の公費負担で訪問看護の自己負担金がかからないことを『知っている』のは 53%、『知らない』が 45.4% であった（図9）。
- 2) 訪問回数と時間：訪問回数は通常週 3 回、1 回 1 時間半程度であることは『知っている』が 33.3%、『知らない』が 63.6% であった（図10）。
- 3) 訪問看護利用者がいなかった回答者の知識・情報
利用者がいない医師の場合は 37% が利用を考えたことがあると答えており、小児の訪問看護が可能であることも約 30% の医師が知っているが、ステーションそのものに関する情報（所在地や依頼できる内容、情報提供場所）はあまりないことが分かる（図11）。小児の訪問看護について話題になったことがあるというものは 15.3% でわずか 4 件に留まっており、内容は表1の通りで、主として医療的ケアについてであった。

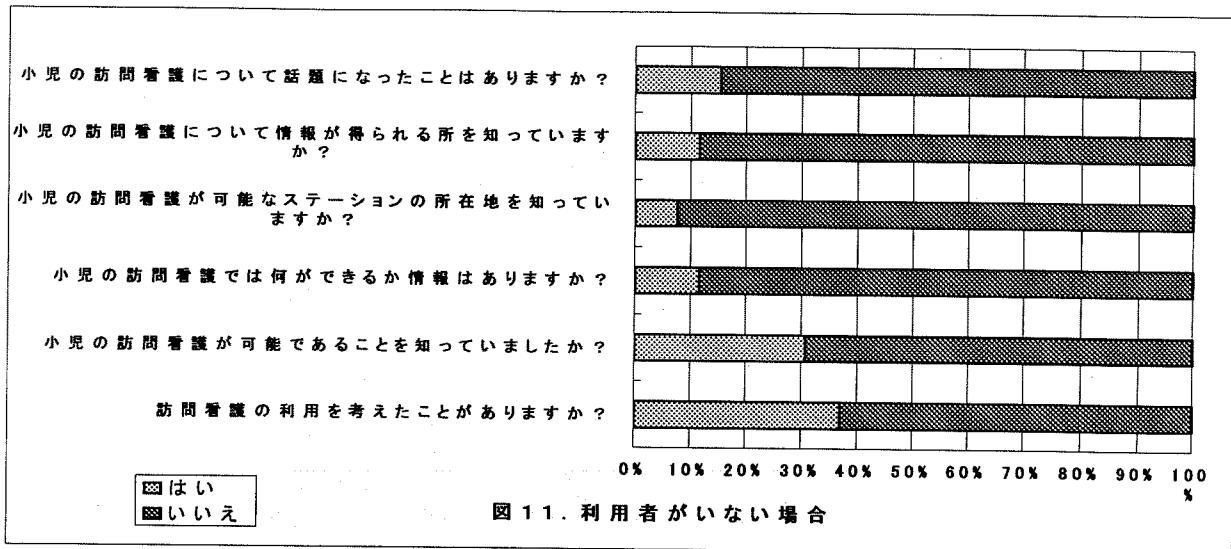


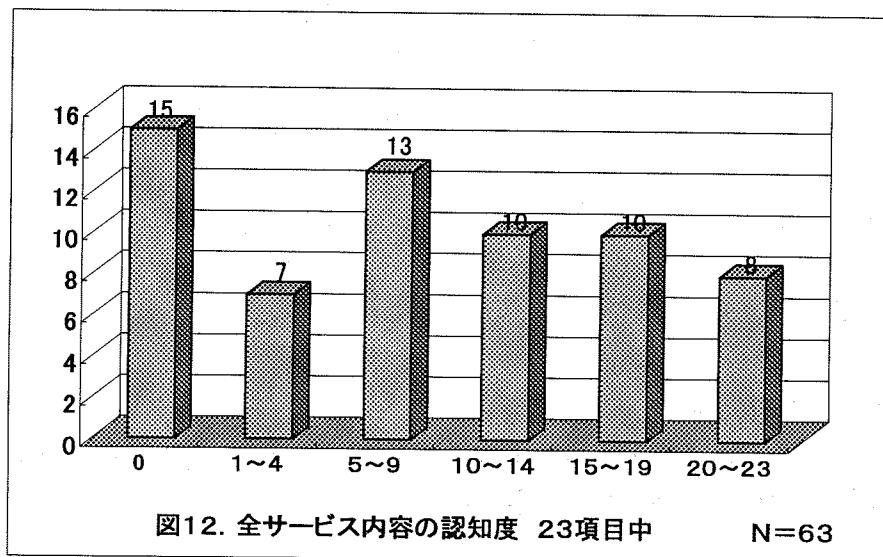
表1. 小児の訪問看護について話題となった内容(回答4件)

- ・摂食指導、ストマ管理、HPN、在宅人工呼吸器
 - ・必要性について
 - ・在宅人工呼吸器に移行(入院より)するとき、どの様なサポートをするか。
 - ・(在宅支援の必要なケース)経管栄養、尿管切開患児のケアー援助
- 主たる内容は医療的ケアについてであった。

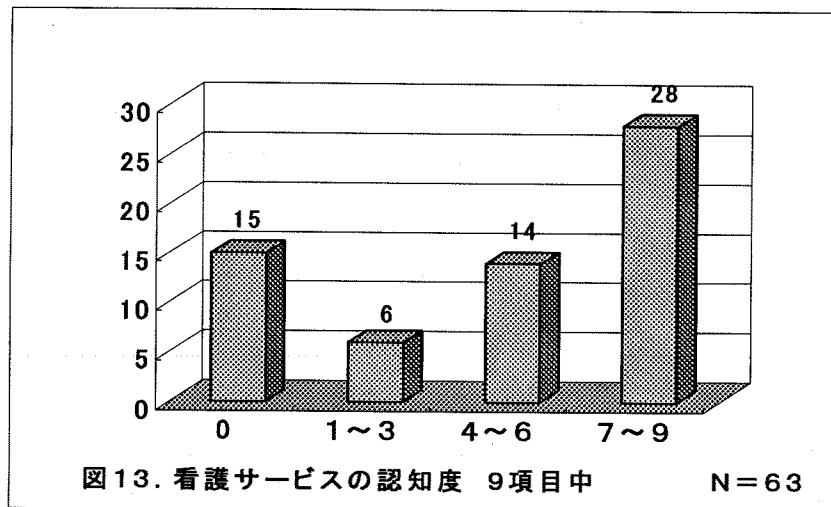
4. 訪問看護ステーションの機能

1) 各機能(項目)の認識の有無

各機能について『知っている』に○をつけた数は、23項目中、平均9.4項目、($S\bar{D}=7.7$ 、最大23、最小0)であり、全てにおいて『知っている』に○のないものが、15名(22%)で、最高となっており、15~19項目を『知っている』と回答したのが10名で15%、20~23項目が9名で13%、合わせて28%であり、意外と認知度が低いことが見て取れる(図12)

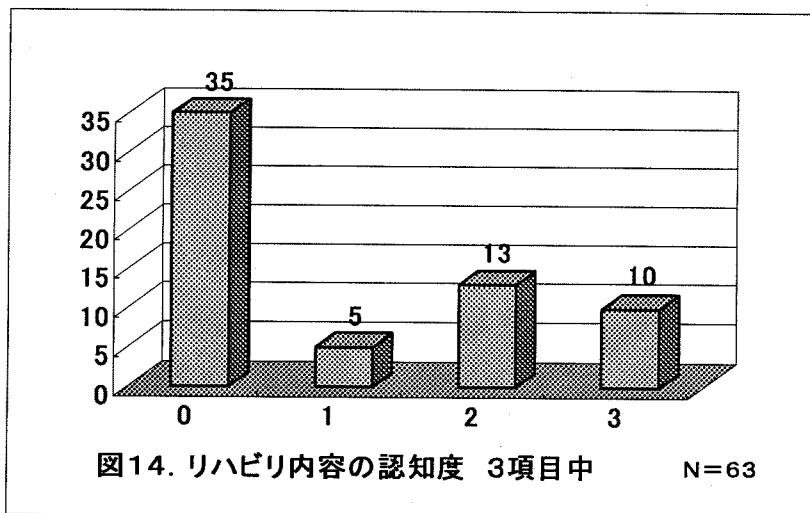


<看護サービス>



<看護サービス>は、9項目中平均が5.1項目(0-9)で、7~9項目に○をしたものが44.6%と最も多かったが、0項目23%と次に多かった。(ただし、0項目では記入を忘れた場合も含まれる) 4~6項目22.6%となっており、1~3項目が9.2%と最も少なくなっていた(図13)。

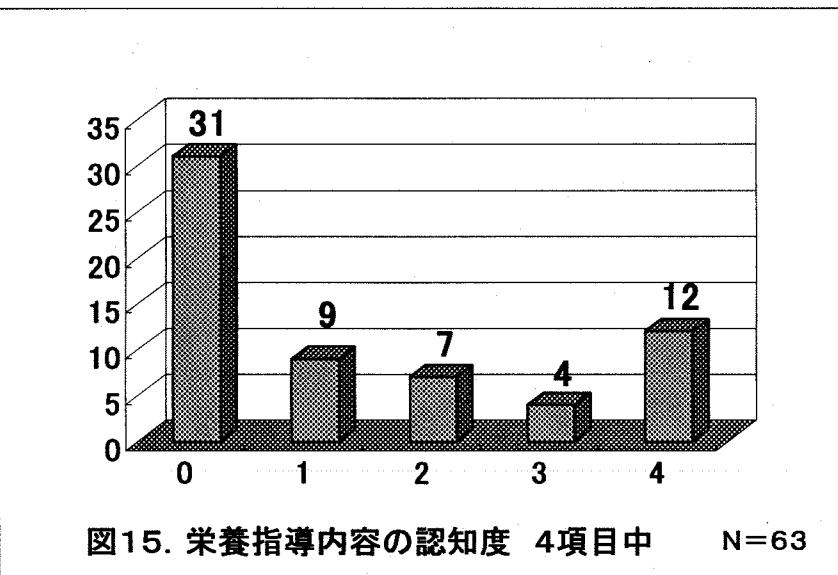
<リハビリテーションサービス>



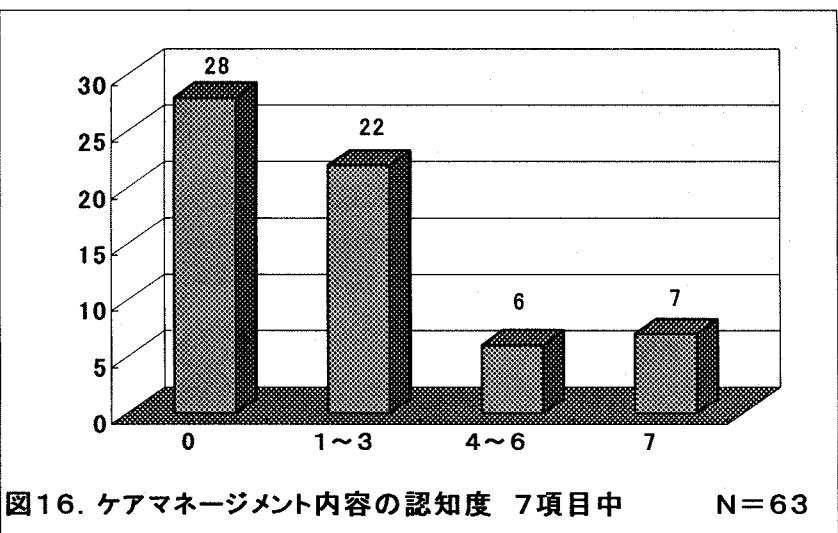
<リハビリテーションサービス>3項目中の平均は、0.98項目(0-3)で、3項目とも○をしたのは16.9%である。最も多かったのは、0項目の55.3%で、次いで2項目の20%であった(図14)。

<栄養関連サービス>

<栄養サービス>は、4項目中平均1.3項目(0-4)で、0項目が49.2%と最も多く、次いで4項目、20%となっている(図15)。



<ケアマネジメント>



<ケアマネジメントサービス> 7項目中平均は1.9項目(0-7)で、0項目が44.6%で最も多く、次いで1~3項目の33.8%、7項目の12.3%となった(図16)。

<項目別>

項目別では、『知っている』と回答した割合が最も高かったのは、「6.日常生活の援助(71%)」、次いで「1.健康状態や病状の観察・健康管理・連絡(64%)」、「3.介護方法の助言や両環境の指導・助言(64%)」であった。続いて「4.医療機器の管理・点検・指導(59%)」、「2.療育方法や成長発達についての相談・連絡(58%)」等であった。

逆に『知っている』と回答しなかった割合が多かったのは、「21.各種手続きの代行・必要書類の作成(15%)」、「23.24時間電話による相談体制・緊急訪問(17%)」で、続いて「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整(21%)」、「20.ケースカンファレンスの開催(21%)」、「19.ケアプラン作成・各種サービスの手配と調整(23%)」、「11.住宅改修や福祉用具等の活用(24%)」となり、<ケアマネジメント>機能及びそれに関連した項目が多かった(図17)。

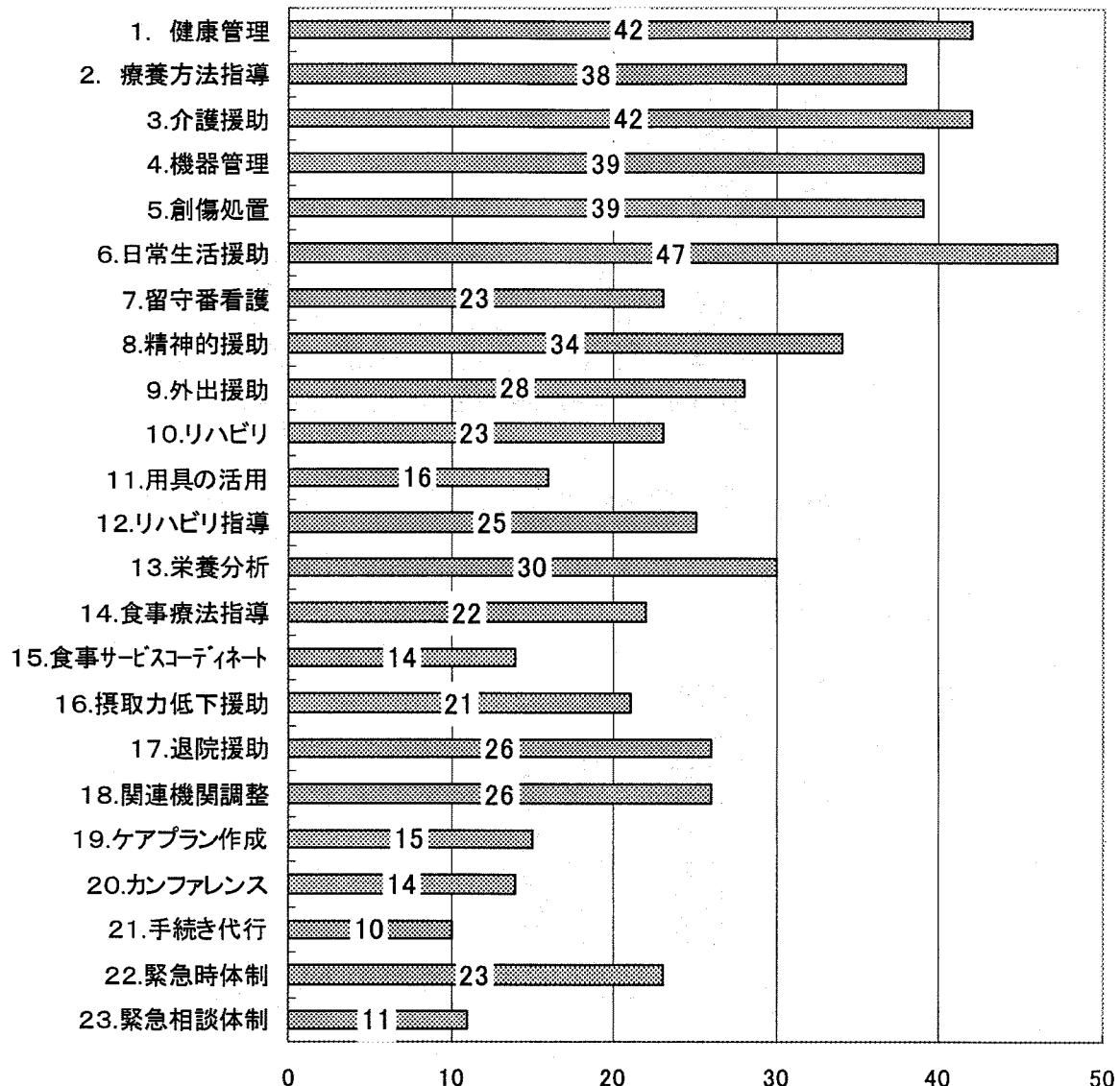


図17. 訪問看護の機能(知っている)

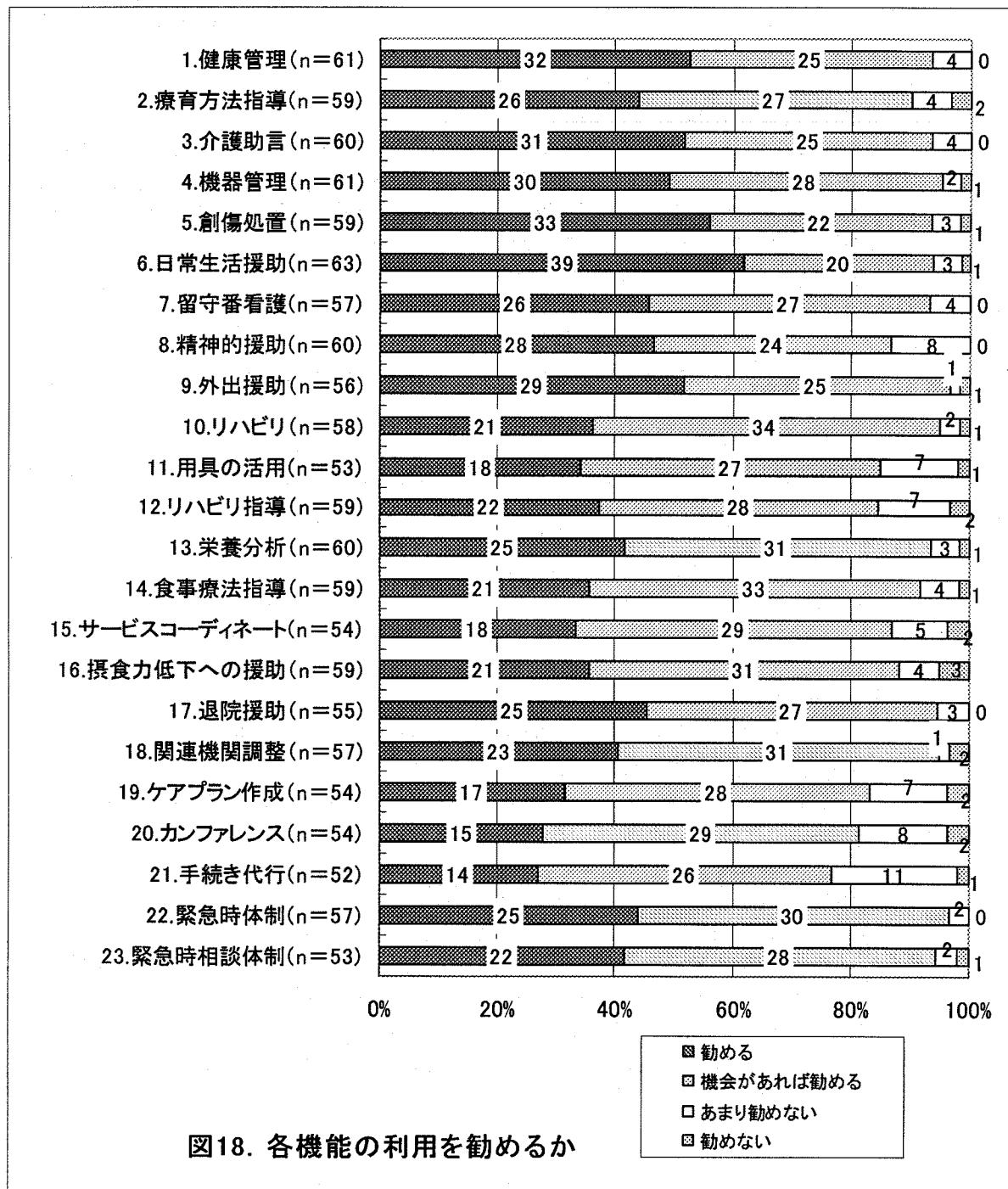
2) 各機能の利用の可能性(図18)

どの項目も『機会があれば利用を勧める』または『利用を勧める』が多かった。『利用を勧める』と回答した割合が50%を越えたものは、「6.日常生活の援助(62%)」、「5.褥創や創傷の処置・管理(56%)」、「1.健康状態や病状の観察・健康管理・連絡(53%)」、「9.外出の援助(52%)」、「3.介護方法や療育環境の指導・助言(52%)」の5項目であり、全てが<看護サービス>であった。『機会があれば利用を勧める』または『利用を勧める』のどちらかに回答しているものは、<看護サービス>では、「8.精神的な援助(87%)」以外は全てが90%以上であった。<リハビリテーション>と<栄養指導>は80%以上であり、そのうち約半数の項目が90%代であった。

『利用を勧めない』に回答しているのは、0~3名と少なかった。『利用を勧めない』と『あまり利用を勧めない』を合わせて15%を越えているものは、<看護サービス>以

外の分野に多く、「21.各種手続きの代行・必要書類の作成（23%）」、「20.ケースカンファレンスの開催（19%）」、「19.ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整（17%）」、「10.リハビリテーションの方法の指導（15%）」、「11.住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用（15%）」であった。

無回答が1割を越える項目が多かった。



5. 訪問看護ステーションとの連携について

訪問看護ステーションとの連携に関して、自由記載により回答を得たのは 33 件であった（表 2）。情報不足に関連した内容が最も多く、10 件にのぼっている。次いで訪問看護師の能力に対する疑問や能力開発についてが 6 件、連携の必要性に関連した内容が 5 件、カンファレンスの必要性が 3 件となっている。その他、小児訪問看護の必要性や現状に対する疑問などが記述されていた。

表2 連携に関する自由記載

N=33 複数回答（ ）内は記載件数

1. 訪問看護ステーションとの連携に関連すること

1) 連携の必要性に関して (5)

- ・家族の児の疾患に対する理解（予後、介護 etc）で病院での指導の部分と訪問看護ステーションの指導介護が主となる部分で重なる所があると思うが、それがお互いに理解しておきなう形で連携していければと思う。（リハビリ等の指導は病院との指導と訪問看護での指導が異なれば互いに不完全なものとなってしまうだろう。）
- ・情報交換が書面上だけでなく、お互いの顔の見える形で行えたらよいと思う。

2) ケースカンファレンスの必要性

- ・医療機関、養護学校、市、都、保健所などでケースカンファできる場があったほうがよい。

3) サービス調整役の必要性 (3)

- ・病院にMSW 配置を義務化し、調整を希望。医師に全てを任せるのは無理だと思う。

4) 情報不足に関連すること (10)

- ・小児の訪問看護があることすら知らなかった→勉強不足、情報不足。
- ・情報提供を積極的にして欲しい。現状ではどの様な患者さんにどの様なサービスを受けるがよいか、手続きは誰がどの様に行えば良いのか全く分からなかった。

5) その他 (3)

- ・家庭での状況を把握する上で訪問看護の方の同伴は非常に助かった。
- ・保健婦や介護の専門家との連携が明らかでない。
- ・病院看護婦（主治医）の方へ、問題点の報告、解決の手法の提案などを積極的に行ってほしい。

2. 訪問看護師の能力やステーション機能、制度に関連すること

1) 訪問看護師の能力に対する疑問や能力開発について (6)

- ・訪問 ST の専門性と level の差がなくなるように期待する。個人の力量が問われる。
病院スタッフも同様である。ネットワークを作つて頑張ろう。
- ・高い技能や広い知識を持った Ns が常駐し、個々の特殊なケースに柔軟に対応してもらえるなら大変有難い。対象の中心は、老人であると想像しているが小児にも是非対応してもらえるようトレーニングを希望する。

2) 訪問看護の必要性 (2)

- 多くのことを両親特に母親が元気であれば行うことができると考えられるが、どうしても母親の都合の悪い時、又は父親がケアしなければならない時（離婚などで）にはサポートが必要となるだろう。
- 外来へ移行する時には入院中からの継続で、継続看護が必要になると思われる。

3) 小児の特殊性に関して (1)

- 大人と違って子供が理解して看護婦さんのサポートをすぐに両親・祖父母と同様に受け入れることができるかどうかである。

4) 料金に関して (1)

- 料金がかかり母親父親の生活費などの圧迫を考えると頼みにくいところもある。ボランティアをお願いしている。

5) その他 (2)

- 現在老人医療に対するケアで小児への援助に手が廻らない現状もあるように聞く事がある。
- いったいどこの国のステーションを指しているか。全国で数カ所あるいは機能しているのかも知れないが、ケアを必要とする重症児（単に経管栄養でも）でも高齢者で占拠されている現状では、予約制が主体で、本当に利用したい時に利用できない。さらに、気管切開、在宅酸素、在宅人工換気、人工肛門設置、糞尿などのある児では全く対応できない状況である。夢のような施設を描く前に、せめてこども達が、在宅で疲れはてている家族の休養、息抜きのためいつでも安心して依頼できる施設を少しでも設立することではないか。こどもを安心して生む、育てられる社会、だんだん負担金の増す医療では少子化は改善しないであろう。

6. 小児の訪問看護に関する意見より

小児の訪問看護に関する自由記載（表3）においても周知・広報に関する意見が多く、6件がよせられており、どの程度までの広報をして欲しいのか等が具体的に述べられている記載が多かった。また、訪問看護に対する希望も6件と多く、内容は小児に対する訪問看護機能の充実や訪問看護師の能力開発についてがほとんどであった。制度に関連することも3件あり、うち2件は学校や通所施設への訪問看護に関するものであった。

自由記載全体を通して、訪問看護や在宅でのサポートシステムそのものに関する情報がかなり不足していること、そして実際に訪問看護を利用してみて、ステーションの機能や訪問看護師の能力不足、制度の不備を感じている様子が伺えた。

表3. 小児の訪問看護に関する意見

N=25 複数回答（ ）=記載件数

1. 訪問看護に関する希望 (6)

- ・超重心児の利用（呼吸管理）が今後も増加することが予想されるので、そちらに対する対応の体制を強化して欲しい。
- ・医師の目が届かなくても、ある程度安心して在宅できるような、訪問看護のシステムがあれば、患者も医師も心強いと思う。又、在宅とはいっても、世話をする人（多くは母親）の負担は非常に大きく、24時間、子供のそばを離れることができずにいる。ちょっとした外出時の留守番やショートステイが充実すれば、母親もリフレッシュできて、長続きできると思う。

2. 制度上の問題 (3)

- ・重症心身障害児の訪問看護において、医療的ケアが問題になっているが、学校や作業所など施設とステーションとの契約に拡げることが必要だと思う。小児の場合、居宅での看護は必要だが、それだけでは不十分で、社会との関わりの中での訪問看護が必要だと思う。
- ・今は、予算のこともあり、制限が多い。通院援助を是非使ってもらいたいが、1～2時間のみでは時間が短い。

3. 連携に関すること (2)

- ・小児の場合は発育、発達の評価、疾病の特異性などあり、主治医との連携が大切。
- ・訪問STと病院Drの交流会があれば良いと思います。当病院として、Dr. Ns共に訪問STの研修会の企画(特にHOT HMV etc のPtの看護・医療)をしている。

4. 周知・広報に関すること (6)

- ・小さい子供の両親は、ヘルパー、ステーションの利用は、子供への手抜きと考えるところがある。少し年齢を重ね、子供の体型も大きくなり、自分も腰が弱った頃から利用しようとする傾向がある。両親自身のQOLも大事だということ、他人にまかせるのは悪い事ではない、という事も受け入れられるよう広報してほしい。
- ・小児の在宅医療が注目されている現状では、このようなサポートシステムが充実するのは意味のあることと考えている。現にあまりにも情報が少ないので、もう少し情報が、医療側にも、患者側にも伝わる必要がある。
- ・専門看護婦が、どのように研修されどの地域に何人程度いるか知りたい。

5. その他 (8)

- ・訪問看護の対象となる患者は外来通院が完全にできず、提案のみですますことが多い。担当医が患者の状態を把握できていないことが多いことは医師にとって不安である。
- ・行政は、訪問看護ステーションがあり、増加している、重心施設も充足されていると述べているが、重症児を安心してお願いできない現実を少しでも改善する努力を希望する。
- ・大変助かっている。
- ・是非積極的に導入したい。

●病棟婦長へのアンケート結果

配布数 126 回収 83 回収率 (65.9%)

1.回答者（病棟）の背景

病院の種類（表1）では、総合病院からの回答が多かった。「その他」の病院は国立療養所との回答がほとんどである。病棟の種類（表2）では、小児病棟と成人との混合病棟が多くかった。「成人との混合病棟」では、整形外科、複数科混合の外科等であった。「その他」の病棟では、重症心身障害児施設、外来である。

回答者はほとんどが病棟婦長（表3）であったが、一部主任等からの回答があった。

病棟に入院している子どもの年齢は0～33歳（65歳があり除いた）で、最少年齢で最も多かったは0歳、入院年齢の上限の再頻値は15歳で、18歳以上が21件あり、上限の平均は、17.5歳であった。

表1. 病院種類

病院種類	(%)
小児専門	12 (14.5)
大学病院	14 (16.9)
総合病院	41 (49.4)
その他	16 (19.3)
計	83 (100.0)

表2. 所属病棟

病棟	(%)
小児病棟	28(33.7)
小児科病棟	17(20.5)
小児外科病棟	2(2.4)
成人混合	26(31.7)
その他	9(11.0)
無回答	1(1.2)
計	83 (100.0)

表3. 職位

職位	(%)
婦長	79(95.2)
主任	2(2.4)
その他	2(2.4)
計	83 (100.0)

2. 訪問看護ステーションの利用者

病棟で関わっている子どもで訪問看護を利用した人が『いる』経験を持つ回答が42.7%、『いない』という回答は47.6%であった（図1）。

現在病棟で関わっているステーション利用者の存在が『いる』という回答は、20.9%と少なく、利用者が『いない』は75.3%であった（図2）。

過去1年間の利用者は2名以下がほとんどを占めた（図3）。

また、訪問看護ステーションの利用を勧めたいと思う児が『いる』と回答しているのは55.0%で、『いない』の40.0%に比べて多かった。過去や現在の利用者は少ないものの、利用を勧めたいケースは多くの病棟で存在するということがわかる（図4）。

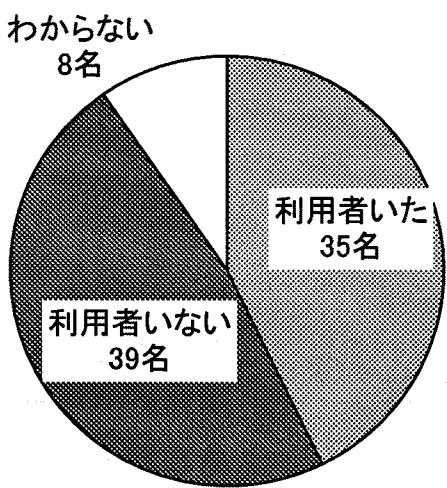


図1 過去の訪問看護利用者

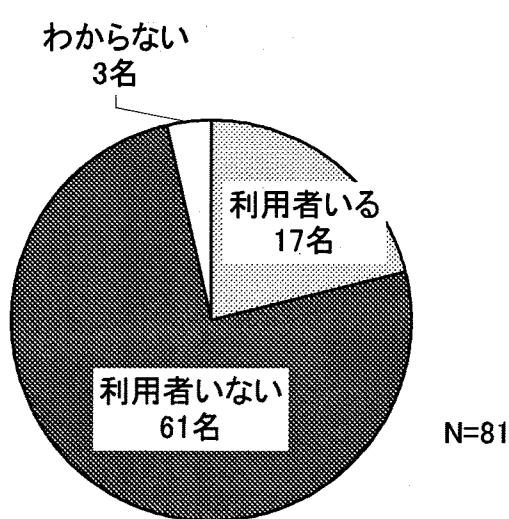


図2 現在の訪問看護ステーション利用者

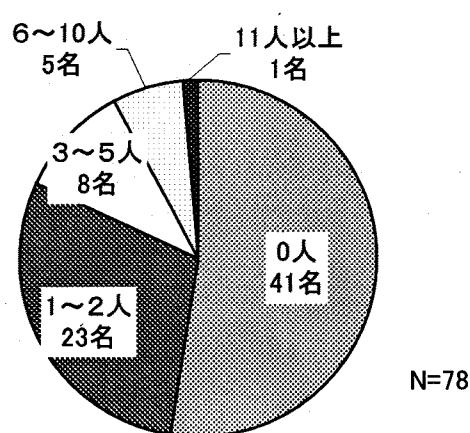


図3 過去1年間の訪問看護ステーション利用者人数

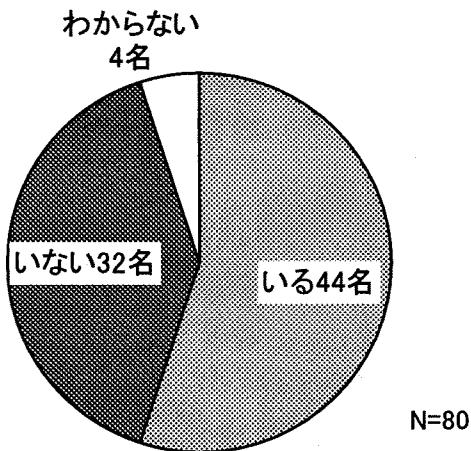


図4 訪問看護の利用を勧めたいケースの有無

3. 公費負担および小児の訪問看護についての知識・情報の有無

1) 公費負担

小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等の公費負担で訪問看護の自己負担金がかかるないことを『知っている』のは47名(56.1%)、『知らない』のは41.0%であり、費用について知っている割合が多いとはいえないかった。

2) 訪問回数と時間

訪問回数は通常週3回、1回1時間半程度であることを『知っている』が30名(36.1%)、『知らない』が53名(62.2%)で、知られていない割合が多くかった。

3) 訪問看護利用者がいなかった回答者の知識・情報(図5)

過去あるいは現在訪問看護の利用者がいなかった回答者のうち46名が回答した。「訪問看護を考えたことがある」は52%と半数であった。「小児の訪問看護が可能であることを知っていた」のは約70%であり多いものの、3割には知られていないことが示され、小児の訪問看護自体の周知は十分でない現状も表れていた。さらに、訪問看護が可能であることを知っているという回答が多い割には、「小児の訪問では何ができるのか知っているか」には『いいえ』が76%と、その仕事内容が理解されていないことがわかった。また「小児の訪問看護について情報を得られるところがあるか」にも、『いいえ』が65%と多かった。このことから、漠然とした知識はあるものの、具体的に活用できる情報をもっていないものと考えられる。

「小児の訪問看護について話題になったことがあるか」の回答には、35%が『はい』と回答しており、記述された内容は表4のようになつた。記載された内容からは、<どのようなケースが訪問の対象と考えられたか>がほとんどであった。人工呼吸器装着を含め、呼吸管理の必要なケースについて話題にあがつていたという記述が多くつた。他は、<訪問看護への疑問>、<問題の内容>、<話題が出た場>等であった。

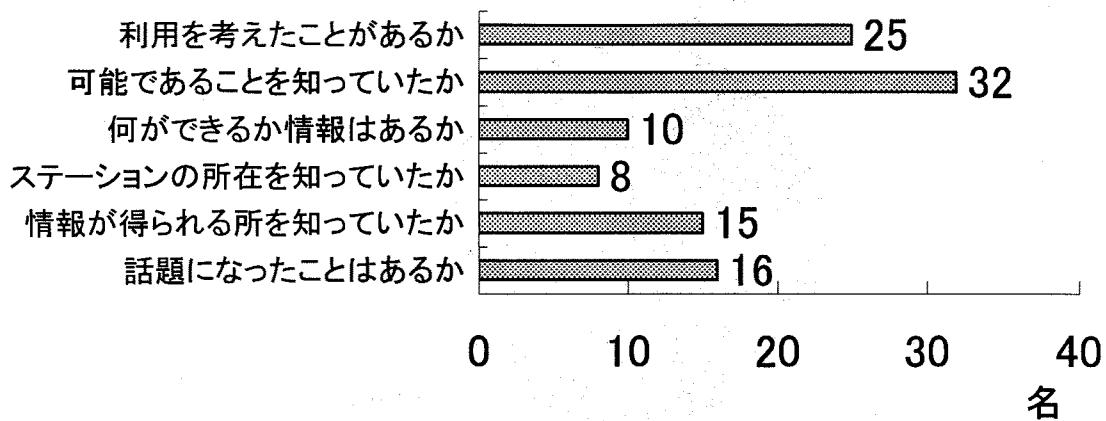


図5 小児の訪問看護を利用したケースがない
回答者への質問—小児の訪問看護について— N=46

表4. 小児の訪問看護について話題になった内容（回答 22 名複数回答）

(1) 小児の訪問を考えるケースについて

- ・呼吸管理が必要
 - 家族の負担を考えて 2件
 - 人工呼吸器の機器の作動状況の確認、相談にのる目的
 - 在宅の管理（人工呼吸器など） 2件
 - 在宅酸素療養
 - 気切で退院する場合
 - ・脳腫瘍で動きがとれずQOLを考え在宅にしたケース
 - ・NICU退院ケース（重症仮死、二分脊椎、未熟児）
 - ・低出生体重児で家族に不安
 - ・難治性けいれん
 - ・母親に育児能力が不足している、育児不安 3件
 - ・社会的入院だったケースが退院になる際（保健婦訪問）
 - ・家庭療育がたいへんと思われる児

(2) 質問

- ・どのような看護を依頼できるのか
- ・訪問看護をうけている感じが急に入院になった場合（夜間）ステーションへの連絡はどのようにしているのか

(3) 問題点

- ・訪問看護ステーションの看護能力の格差

(4) どこで話題になったのか

- ・ステーションとの交流会で

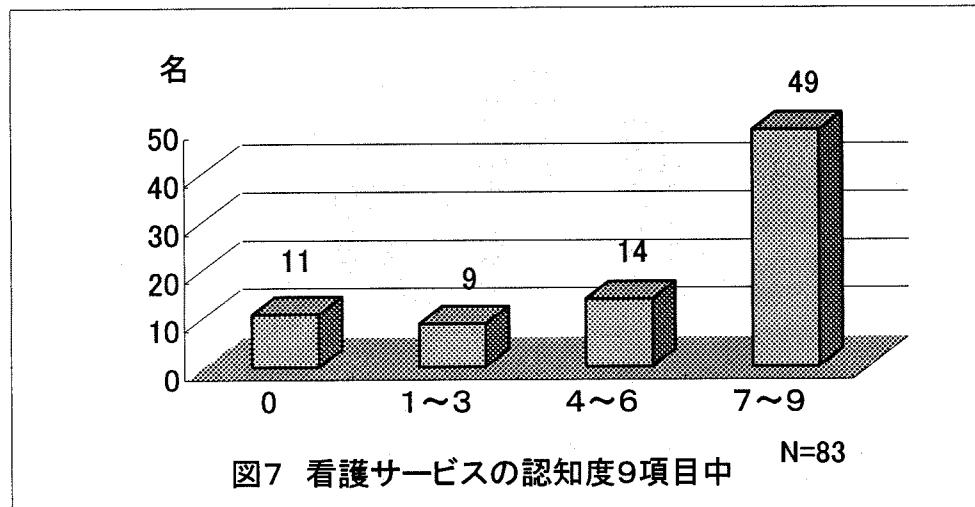
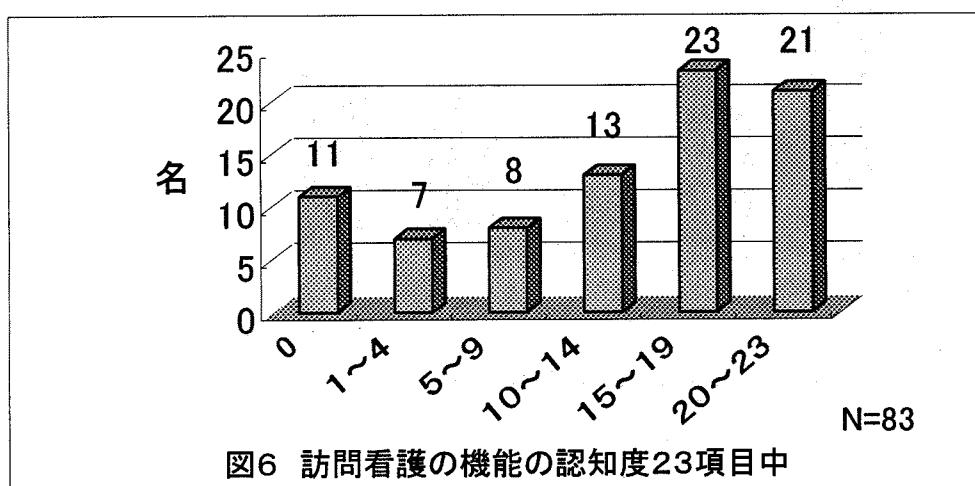
4. 訪問看護ステーションのサービス・機能

1) 各機能（項目）の認識について

各機能について、『知っている』と回答があったのは、23項目中平均13.2項目、(SD =7.7、最小0、最大23)であり、15~19項目が28%、20~23項目が25.6%で両者で半数以上を占めた。また0項目が11名(13.3%)あった(図6)。

<看護サービス>は9項目中平均4.8(0~9)項目で、7~9項目に『知っている』と回答したのは、55.0%と半数を越えたが、3項目以下も24.1%あった(図7)。<リハビリテーション>は、3項目中平均1.5項目(0~3)で、3項目とも『知っている』回答をしたのは32.5%であり、最も多かったのは0項目の28名(33.7%)であった(図8)。<栄養指導>は、4項目中平均1.8(0~4)項目で、0項目が27名(32.5%)、1項目以下だと50.6%と過半数を超えた(図9)。<ケアマネジメント>7項目中では、平均3.6(0~7)項目であり、0項目は24%、3項目以下が49.3%であった(図10)。

項目別では、『知っている』に回答した割合が最も高かったのは、「6.日常生活の援助(80.7%)」であり、次いで「5.褥そうや創傷の処置・管理(77.1%)」「1.健康状態や病状の観察・健康管理・連絡(77.1%)」「4.医療機器の管理・点検・助言(75.9%)」、「3.介護方法や療育環境の指導・助言(72.3%)」などとなり、<看護サービス>の項目が多かった。逆に『知っている』に回答されていない割合が多い項目は、「21.各種手続きの代行・必要書類の作成(25.3%)」、「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整(37.3%)」、「16.摂取力の低下した児への対応や指導(41.0%)」「7.留守番看護(42.2%)」、「20.ケースカンファレンスの主催(43.4%)」、「福祉用具、介護用品の導入や活用(43.4%)」などであり、<栄養指導><ケアマネジメント>の内容が含まれた(図11)。



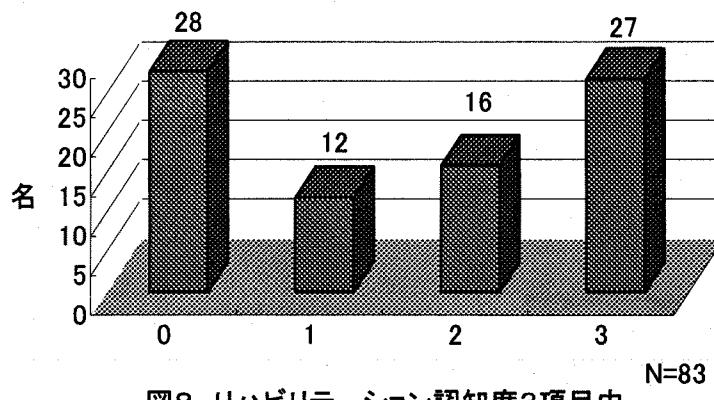


図8 リハビリテーション認知度3項目中

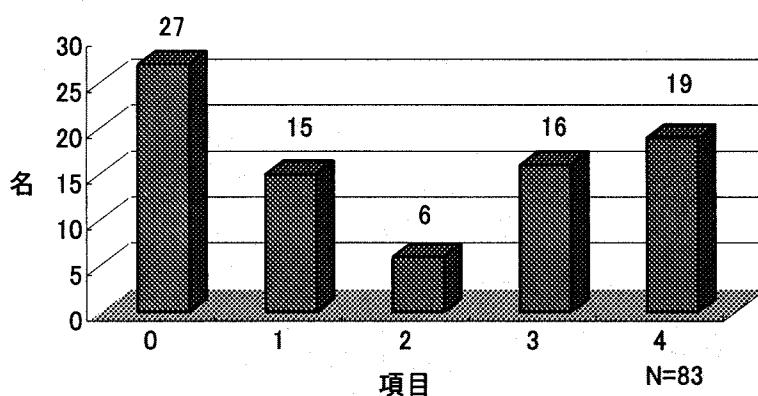


図9 栄養指導の認知度4項目中

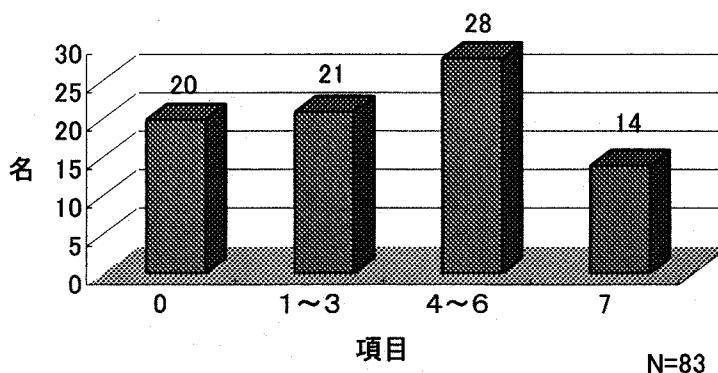
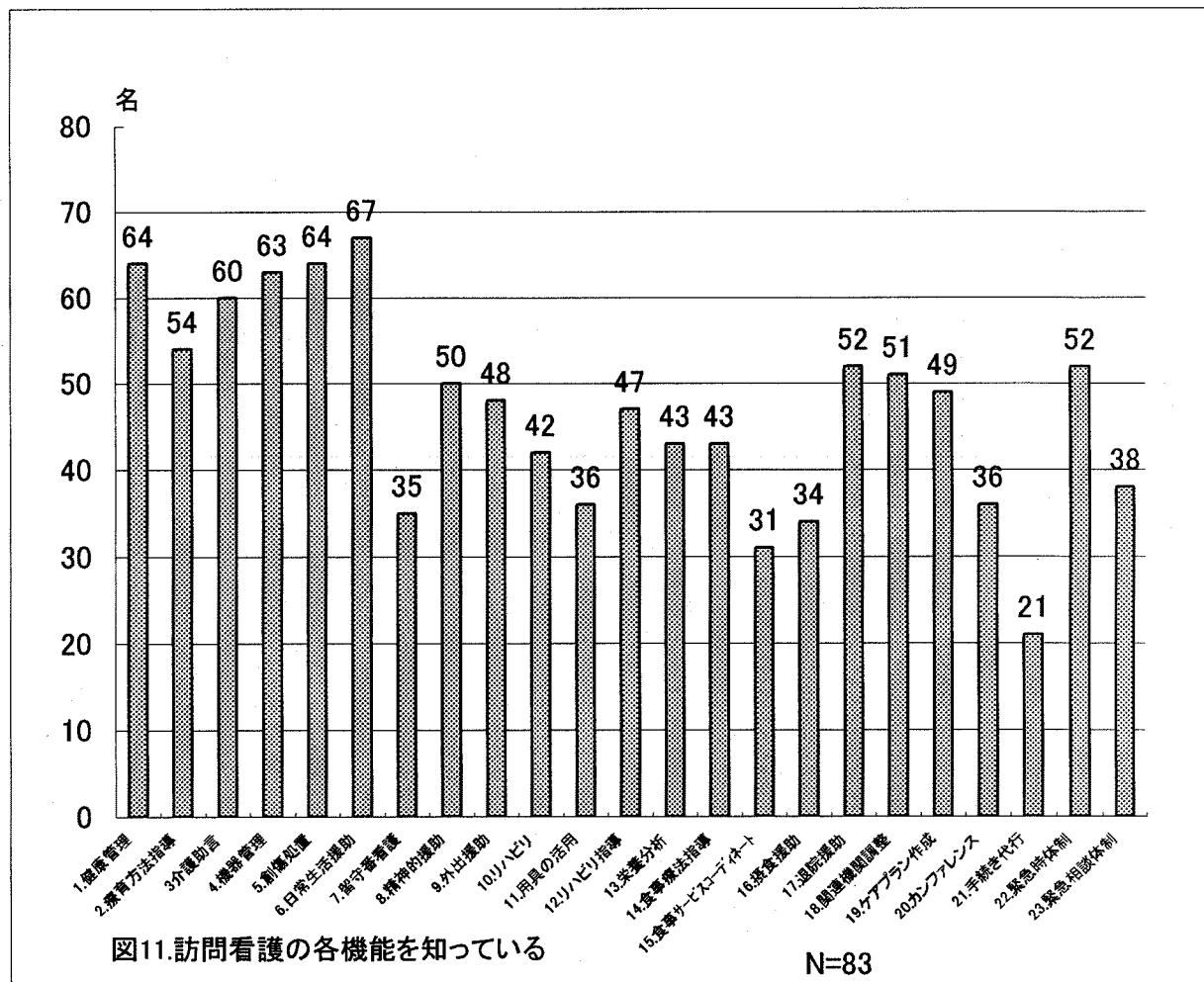


図10 ケアマネージメントの認知度7項目中



2) 各機能の利用可能性 (図12)

『利用を勧める』の欄に回答した割合が50%を超えたものは約8割あり、そのうち60%を超える項目は、<看護サービス>に属する「6.日常生活の援助(61.5%)」や、<ケアマネジメント>の項目である「22.緊急時の体制整備のための調整(60.3%)」などであった。病棟婦長は比較的積極的に『利用を勧めたい』傾向があることがわかった。

『利用を勧めない』への回答は、唯一「7.留守番看護」に2名の回答があった。『あまり利用を勧めない』は23項目中16項目に回答があったが、最も回答数が多かった5名に該当する項目は、「16.摂取能力の低下した児への対応や指導」であった。他「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整(4名)」、「12.リハビリテーションの指導(4名)」などである。今回無回答が多かった項目として、「21.各種手続きの代行(25名)」、「16.摂食能力低の低下した児への対応や指導(18名)」、「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整(17名)」「7.留守番看護(17名)」などがあるが、これらの無回答者は、各機能について『知っている』と回答しない割合が多く、機能について理解できないために回答されなかつたことも考えられる。

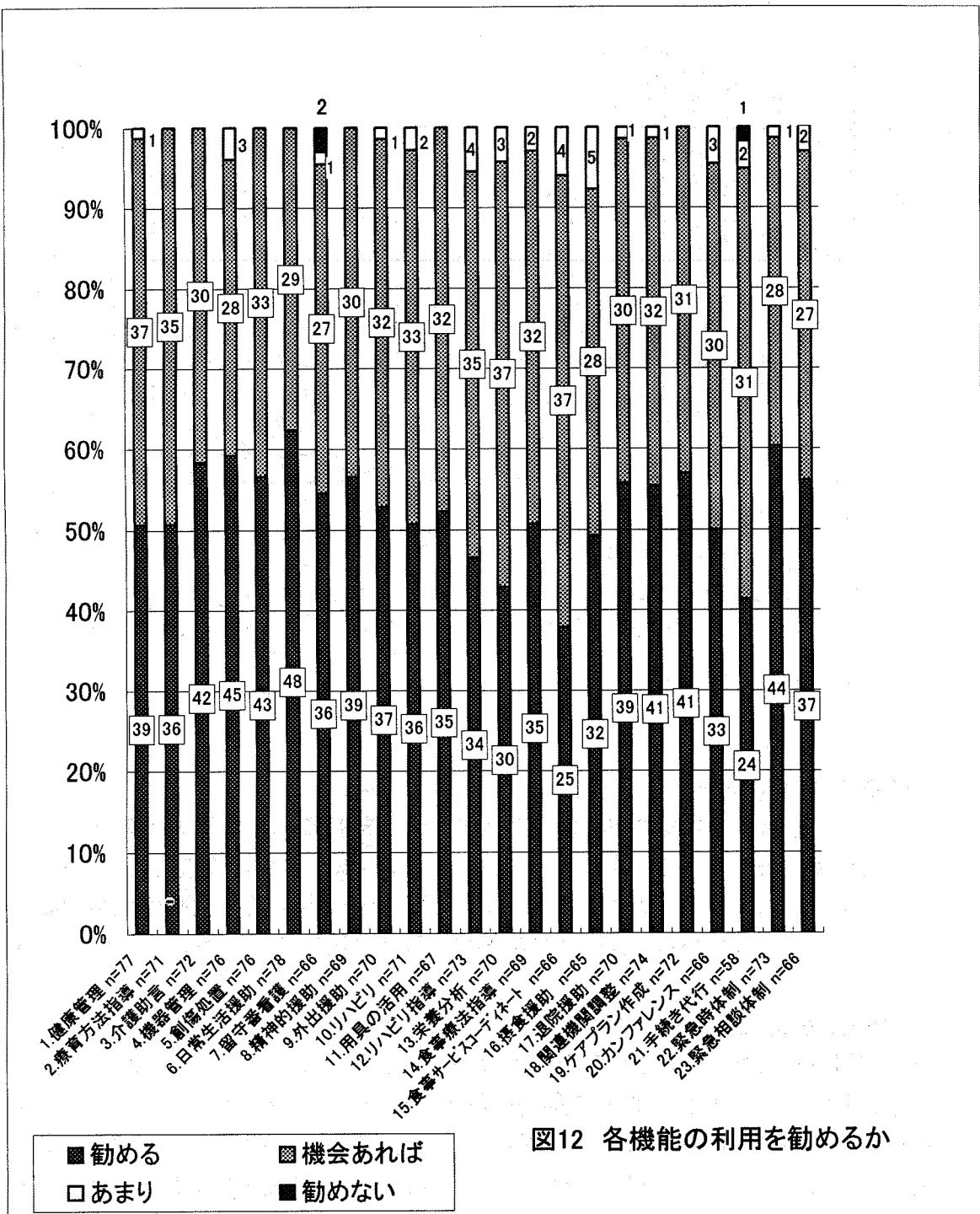


図12 各機能の利用を勧めるか

5. 訪問看護ステーションの連携について

自由記載により、訪問看護ステーションの連携について回答を得たのは46名であった(表5)。最も多かったのは、連携以前といえる内容であるが、〈小児を対象としたステーションの拡大や受け入れ能力の向上への希望〉であった。その中でも“PRにより訪問可能なステーションの存在を知らせてほしい”、“サービス内容に差が出ないように内容の提供ができるよう希望”という内容が多くかった。連携に関しては、〈連携とれていない・連携をとっていきたい〉という記載もあったが、具体的な〈連携方法について〉の記載が多くかった。特に“退院前からの連携をとる”、“カンファレンスの開催”などの内容が多くかった。他には〈連絡方法を知りたい〉や、在宅に移行していくための〈システムについての希望〉などがあげられた。病棟でステーションとの連携の経験がないところでは、保健師の訪問看護の状況からステーションからの訪問看護をイメージして記載している回答もみられていた。

表5 連携についての自由記載

N=46 複数回答

- 1) 連携とれていない、とていいきたい
 - もっと利用したい (2)
 - 病院とステーションとの連携が大切
 - 保健所とはとれているがステーションと連携とりたい
 - 医療機器メーカーとはとるがステーションは少ない
- 2) 連携方法について
 - 退院前からの連携が必要 (5)
 - 主治医・受け持ち看護師・ステーションと同時訪問の希望
 - 病棟・ステーションとの情報交換用紙があるとよい (2)
 - 訪問ケースのカンファレンスを開きたい (3)
 - 調整会議に集まらずコンピューターを用いる方がよい
 - 医療相談室婦長との連携の上でステーションに依頼している
 - ケースワーカーによりステーションに連絡とれている
- 3) 連絡方法を知りたい
 - 連絡方法がわかるとよい (3)
 - 地域によりどこのステーションに連絡するかわからない
- 4) 小児を対象としたステーションの拡大や受け入れ能力の向上の希望
 - 小児を対象としたステーションを拡大することを希望 (4)
 - PRにより訪問が可能なステーションの存在を知らせて欲しい (6)
 - サービスに差がないように同様の内容が提供できるよう希望 (5)
 - 病棟に来て技術・知識を向上させるなどしてほしい
- 5) システムについての希望
 - 入院中の訪問が有料であることに不満
 - 中間施設がなく退院困難なことが多い
 - 退院とステーションの調整ができるナースの存在が必要
- 6) その他
 - 母親の希望がなくても病棟からの依頼で訪問してほしい

() =記載件数

6. 小児の訪問看護に関する意見より

意見の欄にも連携についての回答と同様の内容が多く記載されていた（表6）。＜もっと利用できるようにしていきたい＞の中には、“内容のPRをもっとして欲しい”が最も多いかった。また＜機能の充実＞を希望する中では“精神的ケアに力を入れて欲しい”などがあげられた。＜在宅の現状の改善・システムの改善＞については、“在宅の小児へのサポート体制は現時点では少ない”といった内容が多かった。＜ケア提供のあり方＞では、家族を支援する我々の姿勢について書かれていた。

表6. 小児の訪問看護に対する意見より

N=35 複数回答

- (1) もっと利用できるようにしていって欲しい。したい。
- ・訪問できるナースがないためなかなか在宅に移行できない
 - ・市町村によっては訪問看護ステーションが利用できないところもある
 - ・もっと利用できるとより安心して在宅の生活ができる
 - ・専門性を高めて欲しい
 - ・内容のPRをして欲しい (11)
訪問看護は介護保険が主体と思われるのでもっとアピールを
どのようなステーションで何ができるのか知らせて欲しい (4)
インターネットなどが利用できるようにして欲しい
 - ・連携してもっと家族によいサポートをしたい (2)
- (2) 訪問看護の機能を利用したい、充実を望む
- ・「療育方法や成長発達についての相談・連絡」「介護方法や療育環境の指導・助言」の機能は利用していきたい。
 - ・「精神的ケア」に力を入れて欲しい (2)
 - ・「医師との連絡」はどの程度とてもらえるのか。受診の負担減らしたい。
- (3) 在宅の現状の改善・システムの改善
- ・老人中心であり小児への支援が弱い (4)
 - ・小児に対しての社会資源の少なさやサポート体制の不充分さを感じる
 - ・地域で育てたくでも公共の施設は責任を負ってくれない
 - ・小児の訪問看護で要求される内容が多岐にわたる。多職種がかかるチーム体制が必要
 - ・IVHでミキシングがいらない輸液など大人でもできることができることが小児でもできると家族の負担減少する。
 - ・在宅にても近所の開業医でのサポートが困難で遠い場所でフォロー
 - ・身近にショートステイなどの施設があると家族へのサポートできる
 - ・介護する人がバーンアウトしないようなサポート必要
 - ・重度障害が増加しているが済面について不明だったので今後情報を得られるようにしたい。
- (4) ケア提供のあり方など
- ・ターミナルケースなど在宅への親の受け入れがなかなか難しい。納得したら訪問看護を利用して安心できるようにしたい
 - ・家族の子どもへの思いや経過への理解が重要
 - ・家族はケア方法をがんばって学びマスターしている。我々は一部をサポート
 - ・小児も病院ではなく在宅療養にむけて社会資源の利用を指導できるようにしたい
- (5) 保健師の訪問看護
- ・繰り返し入院の場合に保健婦に訪問を依頼（肥満の子ども）
 - ・保健師の訪問では限界がある

() 記載件数

●外来婦長へのアンケート結果

配布数 126 回収 66 (回収率 52.4%)

1. 回答者の背景

総合病院からの回答が多かった。その他の病院は、国立療養所 10 ケ所、母子保健医療施設 1 ケ所であった。管理する外来の種類では、複数の外来を管理している人がほとんどであった。回答者はほとんどが外来婦長であった。外来に受診している子どもの最高年齢の最頻値は 15 歳であった。

表1. 病院種類

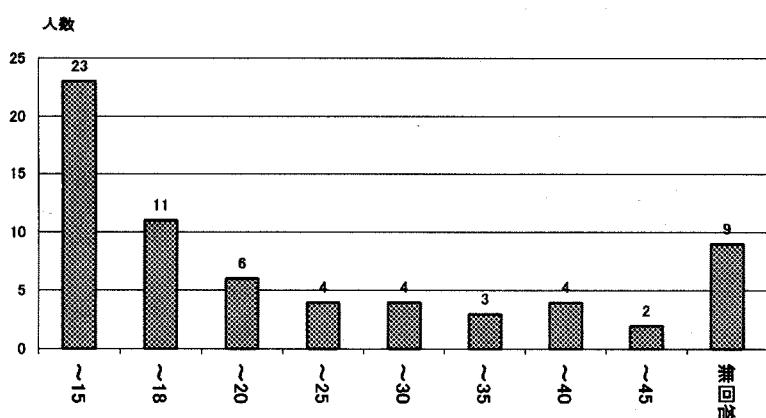
病院種類	(%)
小児専門	11 (16.7)
大学病院	10 (15.2)
総合病院	33 (50.0)
その他	11 (16.7)
無回答	1 (1.5)
計	66 (100)

表2. 外来の診療科

外来の診療科	(%)
複数科	52 (80.3)
単科	13 (19.7)
無回答	1 (1.5)
計	66 (100)

表3. 職位

職位	(%)
婦長	56 (84.8)
主任	6 (9.1)
その他	3 (4.5)
無回答	1 (1.5)
計	66 (100)



2. 訪問看護ステーションの利用者

外来で関わっている子どもで、『訪問看護を利用した人がいる』との回答があった人が 56.9% と半数以上であり、『いなかつた』が 26.2%、『わからない』が 16.9% であった。

現在外来で関わっている子どもで、『訪問看護ステーションを利用している』との回答は 55.3% であり、『いない』が 29.2%、『わからない』が 15.4% であった。

過去 1 年間の利用では、利用しないが 1 番多く 34.0%、次いで 1~2 人 31.9%、3~5 人が 23.4%、6~10 人が 17.0%、11 人以上が 6.4% と利用者数が増えていくに従って回答数が少なかった。また、この質問項目では、無回答が 13 名いた。

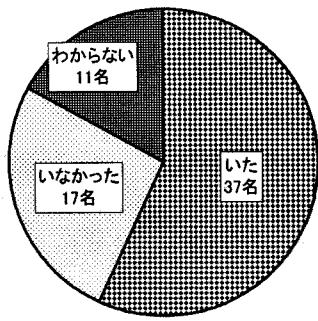


図2 過去の訪問看護利用者 N=65

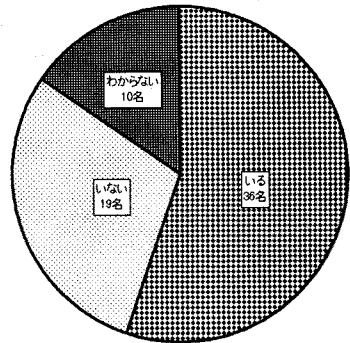


図3 現在の訪問看護ステーションの利用者 N=65

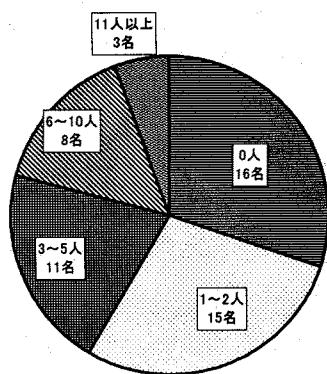


図4 過去1年間の訪問看護ステーション利用者人数 N=47

3. 公費負担および小児の訪問看護についての知識・情報の有無

1) 公費医療

小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等の公費負担で訪問看護の自己負担金がかからないことを『知っている』は35名(53.0%)、『知らない』は28名(42.2%)であった。

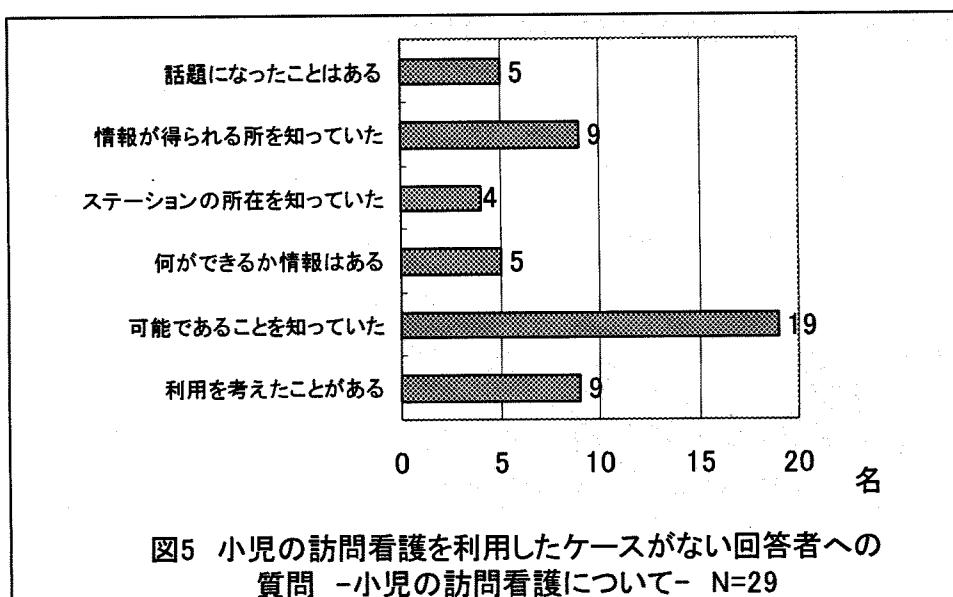
2) 訪問回数と時間

訪問回数は通常週3回、1回1時間半程度であることを『知っている』は32名(48.5%)、『知らない』は33名(50.0%)であった。

3) 訪問看護利用者がいなかった回答者の知識・情報(回答数29)(図5)

『訪問看護の利用を考えたことがある』は31.0%に対して、『考えたことがない』が65.5%であった。『小児の訪問が可能であることを知っていた』は65.5%であるが、知らないとの回答も31.0%いた。訪問看護が可能であることを知っていた人が多い割には、『小児の訪問看護で何ができるかの情報を持っている』は17.2%しかおらず、情報を持つていないが75.9%と多かった。また、『情報を得られる所を知っている』は31.0%、知らないが65.5%であった。さらに、『小児の訪問が可能なステーションの所在を知っている』は13.8%であり、知らないが82.8%と多かった。このことから、可能であることは知っているが、何ができるかの情報を持たず、またステーションの所在も知らないため、訪問看護の利用を考えたことのないとの回答が多いのではないか。

『小児の訪問看護について話題になったことがある』は17.2%で、話題になったことがないが79.3%であった。話題になったことがあるとの回答は9件あり、その内容は“訪問看護の必要性を話し合った”が6件で、子どもの特徴としては“人工呼吸器、ストーマケア、経管栄養、脳腫瘍、HOT、サクション”であった。“現在保健婦の訪問を受けているが、訪問看護もどうかと話し合った”、“小児の訪問看護が利用できればよいか…できるのか?”、“家族に紹介しても活用しようとしたいケースに関するこ”がそれぞれ1件であった。



4. 今後の訪問看護ステーションの利用（図6）

訪問看護ステーションの利用を勧めたい患児が「いる」は50.0%、「いない」は24.2%、「わからない」は21.2%であった。

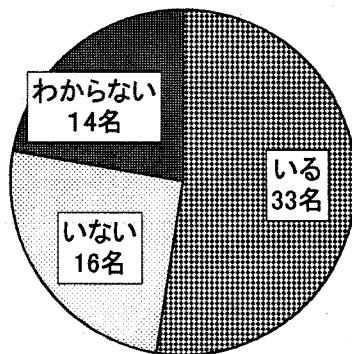


図6 今後訪問看護を勧めたい患児の有無 N=63

5. 訪問看護ステーションの機能

1) 各機能（項目）の認知

各機能について、『知っている』に回答があったのは、23項目中平均13.3項目（SD=8.1、最小0、最大23）であり（図7）、＜看護サービス＞は9項目中平均6.1項目で、7～9項目に『知っている』と回答があったのは68.2%と最も多かったが、1項目も『知っている』に回答がなかったのも19.7%であった（図8）。＜リハビリテーション＞は3項目中平均1.6項目で、1項目も『知っている』に回答がなかったのが31.8%と多かったが、『知っている』との回答が3項目30.3%、2項目27.3%であった（図9）。＜栄養指導＞は4項目中平均1.7項目で、1項目も『知っている』に回答がなかったのが39.4%と多く、4項目とも『知っている』と回答があったのも30.3%と多かった（図10）。＜ケアマネジメント＞は7項目中平均3.8項目で、7項目に『知っている』と回答をしたのが28.8%であったが、1項目も『知っている』との回答がなかったのも25.8%であった（図11）。

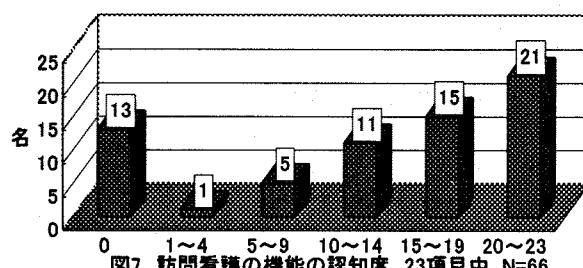


図7 訪問看護の機能の認知度 23項目中 N=66

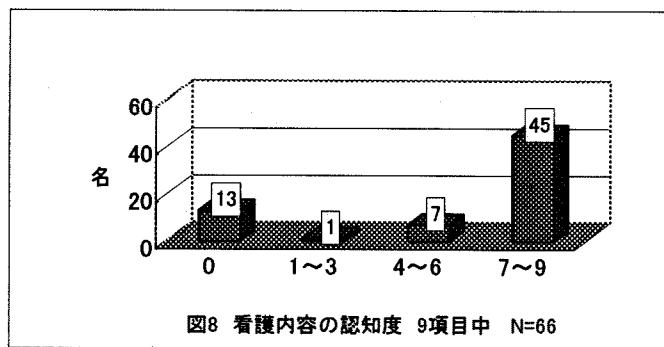


図8 看護内容の認知度 9項目中 N=66

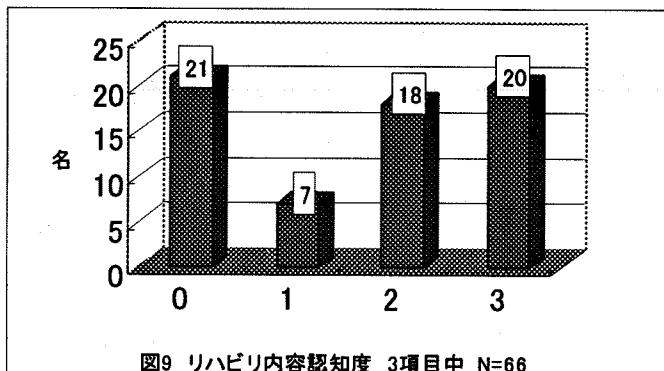


図9 リハビリ内容認知度 3項目中 N=66

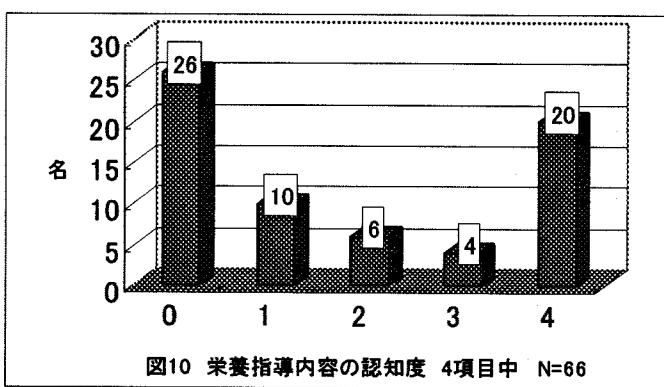


図10 栄養指導内容の認知度 4項目中 N=66

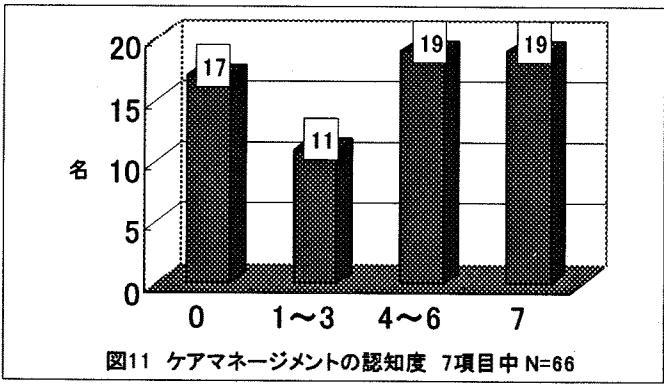
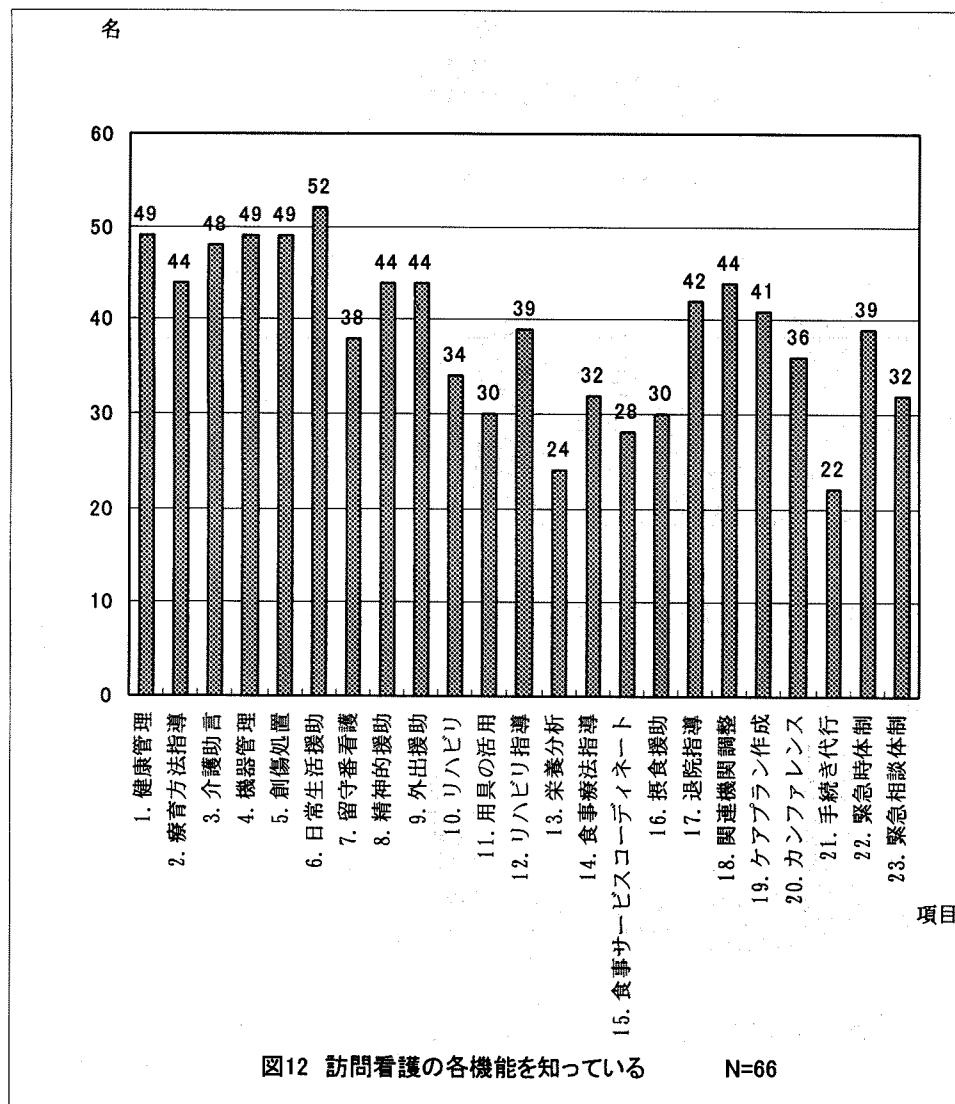


図11 ケアマネージメントの認知度 7項目中 N=66

項目別では、『知っている』の割合が最も高かったのは、「6.日常生活の援助(78.8%)」であり、次いで「1.健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」「4.医療機器の管理・点検・指導」「5.褥瘡や創傷の処置・管理」が74.2%、続いて「介護方法や療育環境の指導・助言(72.7%)」であった。

逆に知っている割合が少なかったのは、「21.各種手続きの代行・必要書類の作成(66.7%)」、「13.栄養状態・摂取能力の把握と問題分析(63.3%)」、「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整(57.6%)」・「7.留守番看護(57.6%)」などであった。



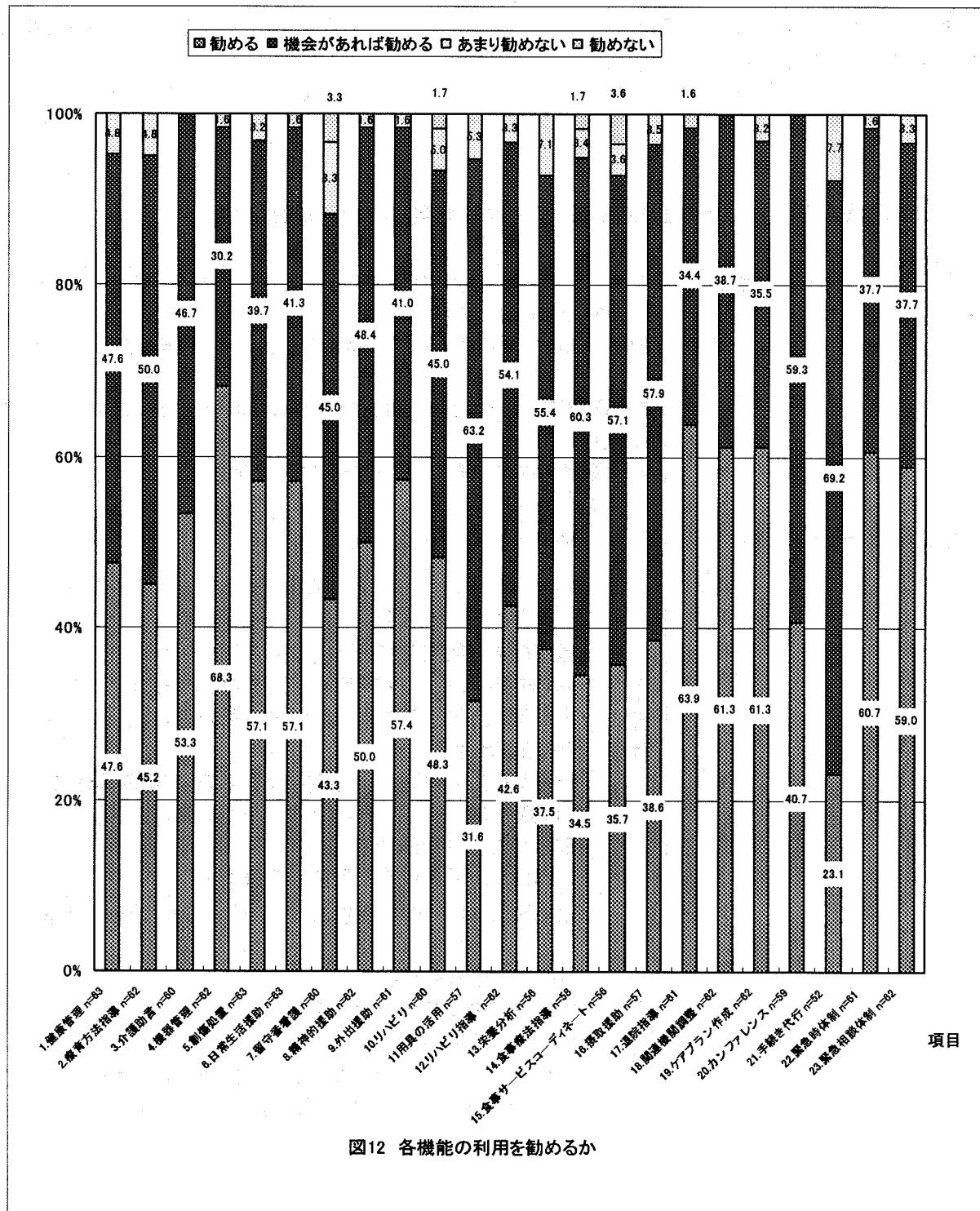
2) 各機能の利用可能性(図12)

ほとんどの項目が『利用を勧める』『機会があれば利用を勧める』の半々であった。『利用を勧める』に回答された割合が50%を超えたものは、多い順に「4.医療機器の管理・点検・指導(65.2%)」、「17.退院に向けて在宅でのサポート体制の整備(59.1%)」、「18.各種関連機関と連絡調整(57.6%)」・「19.ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整(57.6%)」、「22.緊急時の体制整備のための調整(56.1%)」、「23.24時間電話による相談体制・緊急訪問(54.5%)」・「5.褥瘡や創傷の処置・管理(54.5%)」・「6.日常生活の援助(54.5%)」、「9.外出の援助(53.0%)」であった。

『利用を勧めない』は23項目中5項目に回答があり、「7.留守番看護」・「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整」が2件、「10.リハビリプログラムの作成・実施・評価」・「14.食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配」・「17.退院に向けて在宅でのサポート体制の整備」が1件であった。

利用の勧めの質問項目への無回答が1割以上あった項目は「21.各種手続きの代行・

必要書類の作成（21.2%）」、「13.栄養状態・摂取能力の把握と問題分析（15.2%）」、「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整（15.2%）」、「11.住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用（13.6%）」、「16.摂取能力の低下した児への対応や指導（13.6%）」、「14.食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配（12.1%）」、「20.ケースカンファレンスの開催（10.6%）」であり、＜栄養指導について＞の項目に多く見られた。また、「20.ケースカンファレンスの開催」以外の項目については『機能を知っている』と答えている人が少ない項目と一致している。



5. 訪問看護ステーションの連携について

自由記載により、訪問看護ステーションの連携について回答を得たのは、34名であった（表4）。

最も多かったのは、訪問看護ステーションと病院との連携についての内容であった。連絡方法についての意見が多く、多い順に＜病院の窓口の一本化＞、＜あらかじめ病棟あるいは外来にきてもらい連絡をとる＞、＜文書ではなく直接話す＞、＜カンファレンスで情報交換する＞であった。訪問看護ステーションへの連絡窓口を明確にし、直接連絡がされることが必要であると考えているのがわかる。

またその他には、家族へ訪問看護ステーションをどのように知らせていくかの方法などに関する意見も出されていた。

表4 訪問看護ステーションとの連携の仕方についての意見(34名)（複数回答）

訪問看護ステーションと患児・家族 n=4	<ul style="list-style-type: none"> ・あらかじめ病院に訪問看護ステーションから来院し、患児・家族と連絡をとったほうが良い ・家族を含めた医療者と訪問看護ステーションの看護婦とのカンファレンス ・訪問看護ステーションから地域へインターネット等でアピールがあると良い ・病院側が主体的に動かず、家族と訪問看護婦との関わりのバランスを考えていきたい
訪問看護ステーションと病院 n=27	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の窓口の一本化・明確化 (5) ・訪問看護ステーションから直接関係している科への連携がとれるシステム作り ・直接話す(情報交換を行なう)方が伝わる (4) ・入院中あるいは外来であらかじめ情報交換をする (5) ・医療者と訪問看護ステーション看護婦とのカンファレンスでの情報交換(4) ・訪問看護ステーションから訪問後の状態の連絡が欲しい ・訪問看護ステーションへはサマリーで連絡している ・電話やファックスでのやりとり ・看護情報以外の内容は医師から連絡する
	<ul style="list-style-type: none"> ・情報交換だけでなく、治療計画や看護計画が評価できるようなシステムの構築をしていきたい ・両者での学習会をもつ ・児の外来受診時の状態、医師の治療方針 ・外来では時間がなく対応しきれないので、訪問看護ステーションが病院と患児・家族の中間的なサポート役になってもらえば患児・家族は安心できる

病院と患儿・家族	n=4	の 勧 め 訪 問 看 護 ス テ ー シ ヨ ン	<ul style="list-style-type: none"> ・病院から地域医療連携センターに訪問看護ステーションの情報を積極的に流す ・病院内に訪問看護のための相談コーナー、コーディネーターの設置 ・MSW よりステーションの活動範囲をアピールする ・院内の地域連携室と相談し、家族にステーションの内容と利用を勧める
その他	n=5		<ul style="list-style-type: none"> ・利用できる訪問看護ステーションの数が増えると良い ・利用者の家の近くに訪問看護ステーションがあることが望ましい ・開業医と病院との連携が必要 (2) ・地域の保健所との連絡、紹介状

()回答件数

6. 小児の訪問看護に関する意見より (表 5)

訪問看護ステーションの増加や人材の教育に関する意見と訪問看護ステーションについての情報不足に関する意見が多く、＜小児の訪問看護を受け入れるステーションの増加の希望＞、＜今回小児の訪問看護があることを始めて知った＞、＜費用がわかりづらい＞などが挙げられていた。その他に多かった意見としては、家族の負担についての意見もあり、＜両親の体力で介護しきれない時に利用したい＞など、現時点ではないが利用の可能性についての意見もあった。また、行政についての意見もあり、＜一時入院できる施設の増加＞、＜地域差をなくして欲しい＞などがあった。

表 5 小児の訪問看護の利用についての意見(26名) (複数回答)

訪問看護ステーションの増加・人材の教育	n=7	<ul style="list-style-type: none"> ・小児の訪問看護を受けてくれるステーションを増やして欲しい (4) ・人材について検討して欲しい ・小児を受け入れてもらえるよう、必要があれば教育・指導には協力していきたい ・知識を深めて欲しい
訪問看護ステーションについての情報不足	n=7	<ul style="list-style-type: none"> ・小児の訪問看護があることを今回始めて知った ・家族の訪問看護に対する情報不足 ・あらためて活動内容の把握ができ患者に指導しやすくなった ・かかる費用がわかりづらい (2) ・ステーションの受け入れに地域差や能力がある ・夜間の電話相談、緊急訪問などすぐにできる体制になっているのか？
家族の負担	n=4	<ul style="list-style-type: none"> ・両親の体力で介護しきれない時に利用したい (3) ・訪問看護による援助も1つの選択肢として利用を勧めたい
家族の受け入れ	n=1	<ul style="list-style-type: none"> ・他人を入れるのがいやと思っているのでそこをクリヤーしていかないといけない

行政・自治体への意見	n=3	<ul style="list-style-type: none"> ・環境的に不備なところがあり、行政の力を必要としていると感じた(兄弟姉妹の学校行事が土日にあり、訪問看護の利用が難しく参加できない。一時入院できる施設もない) ・家族の負担が軽減できるような法的な制度が必要 ・地域格差をなくすような各自治体の努力が必要
その他	n=5	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者、訪問看護婦以外に、地域、施設、学校関係者との連携が必要となるケースも多いと思う ・成人には関わっているので、小児にも取り組みたい ・制度のあることは知っているが小児外来看護婦の取り組みが十分できていない ・患児・家族と訪問看護については話したことがない ・緊急時は来院するシステム、親も医師もそこから脱皮できない

●保健所・福祉事務所・児童相談所へのアンケート結果

配布は保健所 198、児童相談所 47、福祉事務所 47 である。

回収は 147 名からであった。

1. 回答者の背景

行政職は、保健所、福祉事務所、児童相談所を対象とした。回答が最も多いものは保健所で 107 名 (72.8%) あり、福祉事務所は 17 (11.6%)、児童相談所は 23 名 (15.6%) であった(表 1)。回答者の職種別では、看護職 119 (81.0%)、ソーシャルワーカー 7 名 (4.8%)、事務職 4 名 (2.7%)、社会福祉士 3 名 (2.0%) で、圧倒的に看護職が多かった (表 2)。

所属別では、保健所の回答者の 99.1% が看護職であったのに対し、福祉事務所では 41.2%、児童相談所では 26.1% であった。福祉事務所では事務職が 23.5% と他の 2 ケ所と比べ多くなっており、一方児童相談所ではソーシャルワーカーが 26.1% と 3 ケ所のうち最も多かった。

表1 回答者の所属機関

行政機関	(%)
保健所	107(72.8)
福祉事務所	17(11.6)
児童相談所	23(15.6)
計	147(100)

表2 回答者の職種

職種	保健所 (%)	福祉事務所 (%)	児童相談所 (%)
医師	0	0	2(8.7)
看護職	106(99.1)	7(41.2)	6(26.1)
ソーシャルワーカー	0	1(5.9)	6(26.1)
社会福祉士	0	2(11.8)	1(4.3)
事務職	0	4(23.5)	0
その他	1(9.3)	3(17.6)	8(34.8)
計	107(100.0)	17(100.0)	23(100.0)

2. 子どもの在宅療養の相談

全体では、子どもの在宅療養に関する相談については『よくある』20 名 (13.6%)、『時々ある』77 名 (52.4%)、『ほとんどない』48 名 (32.7%) であった。

しかし、保健所では『よくある』『ときどきある』で 70% 以上を占めるのに対し、福祉事務所では『ほとんどない』が約 70% になっており、児童相談所でも『ほとんどない』の回答が最も多かった (図 1)。

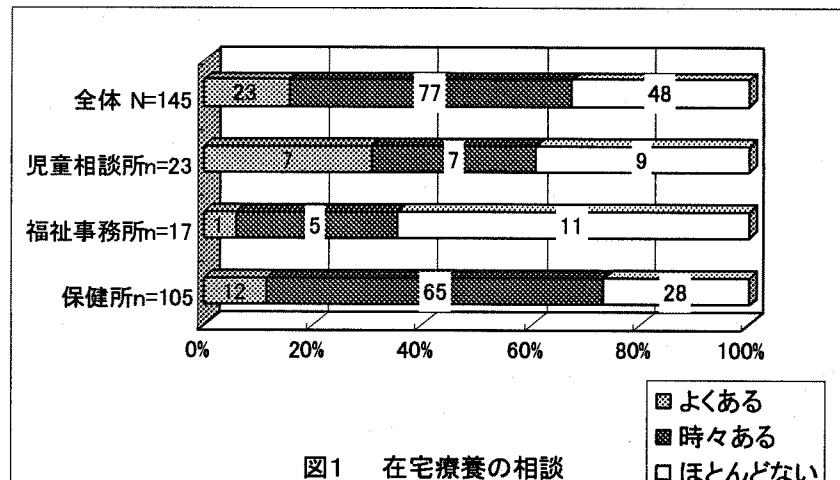


図1 在宅療養の相談

3. 子どもの在宅療養と訪問看護

子どもの在宅療養に訪問看護が援助できることを知っているかについては、全体では『知っている』127名(86.4%)『知らない』19名(12.9%)であった。所属別では保健所と児童相談所が90%前後の回答が『知っている』のに対し、福祉事務所ではどちらの回答もほぼ同数であった(図2)。

また、訪問看護の必要性の検討経験では『ある』68名(47.6%)、『ない』75名(52.4%)であった。所属別では、福祉事務所が『ある』と答えたものが最も少なかった(図3)。

必要性の検討経験があるもののうち、訪問看護の依頼経験が『ある』は25名(36.8%)、『ない』は43名(63.2%)であった。『ある』と答えたものは保健所と福祉事務所が30%以上なのに対し、児童相談所では10%未満になっていた(図4)。

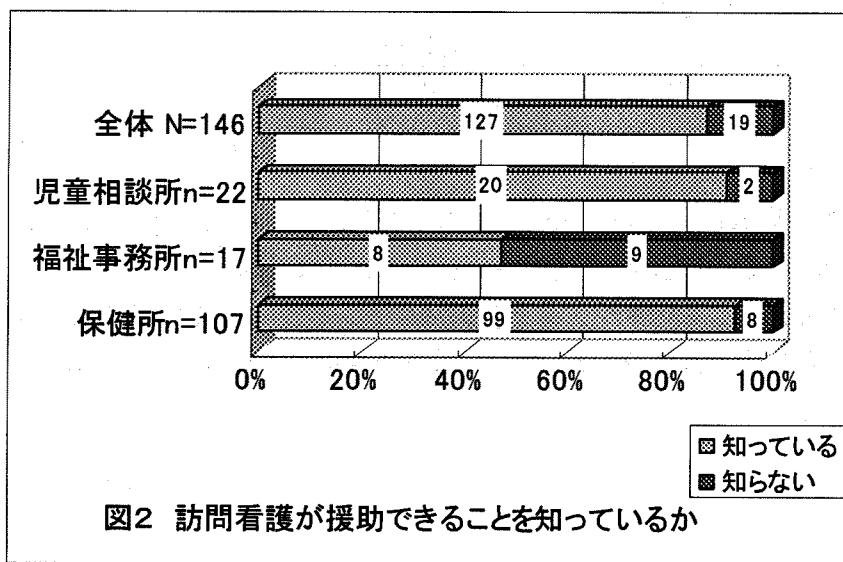


図2 訪問看護が援助できることを知っているか

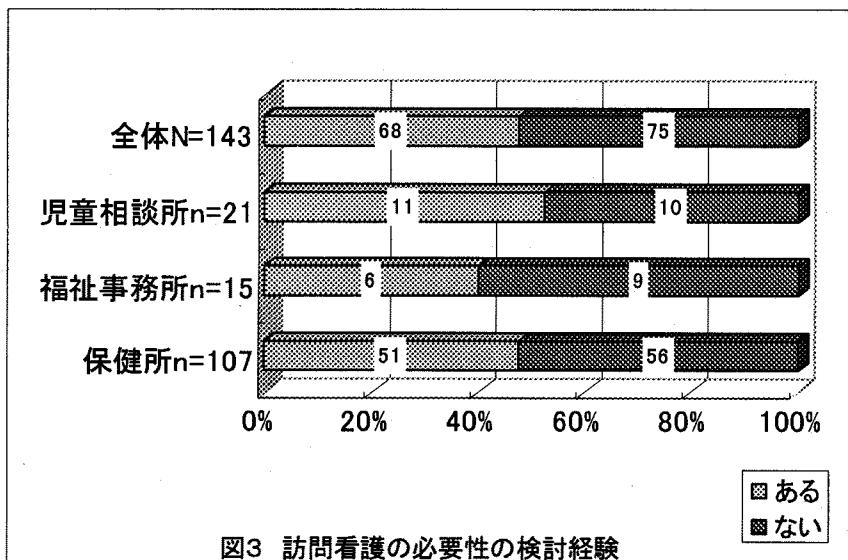


図3 訪問看護の必要性の検討経験

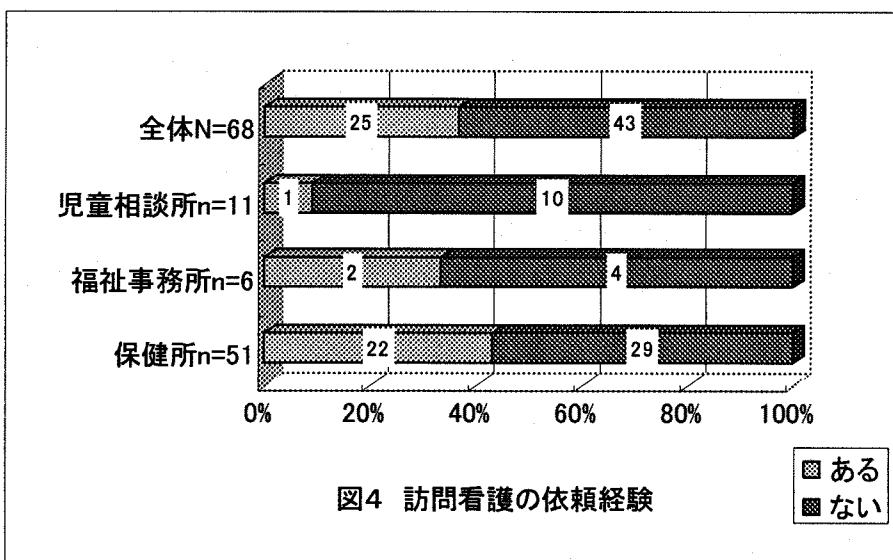
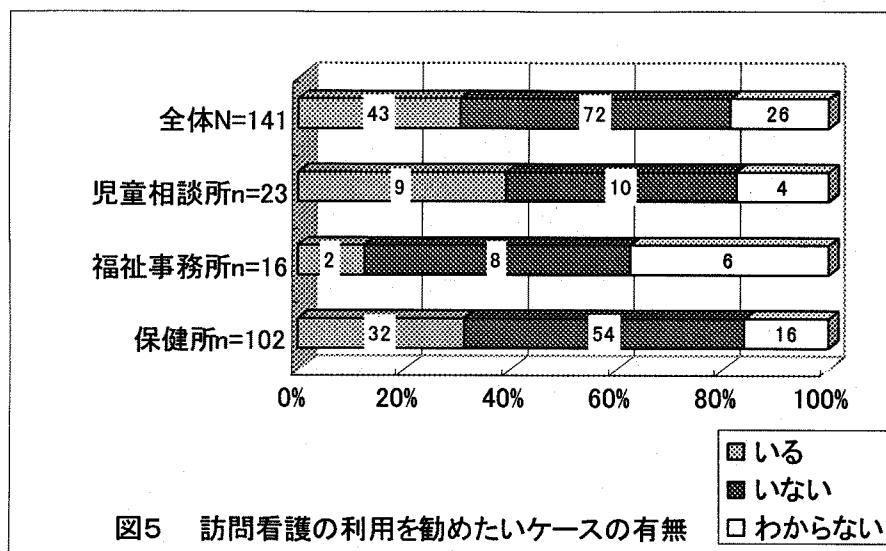


図4 訪問看護の依頼経験

4. 訪問看護を依頼しなかった理由（依頼経験がない回答者）

訪問看護を依頼しなかった理由では、“地域に訪問看護ステーションがない”と回答したものはいなかった。“訪問看護ステーションはあるが、子どもの訪問は実施していない”は6名(7.9%)、“子どもの訪問看護は実施しているが、ケースの条件に合わなかつた”5名(6.6%)、“家族の希望と合わなかつた”11名(14.5%)であるが、“子どもの主治医が賛成しなかつた”48名(63.2%)であった。このことから、主治医が賛成しないために訪問看護の依頼をしないことが多いことがわかつた。

訪問看護ステーションの利用を勧めたい患児が『いる』は43名(29.3%)で、『いない』は72名(49.0%)、『わからない』は26名(17.7%)であった。所属別では、保健所と児童相談所が30%以上『いる』と答え、『わからない』が20%未満だったのに対し、福祉事務所では『わからない』が30%以上になっていた(図5)。



5. 費用の負担についての周知

1) 公費医療

小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等の公費負担で訪問看護の自己負担金がかかるないことを『知っている』は110名(74.8%)、『知らない』は33名(22.4%)であった。『知っている』割合の最も高いのは保健所であった。

2) 訪問回数と時間

訪問回数が通常週3回まで、1回1時間半程度まで利用できることを『知っている』は64名(43.5%)、『知らない』は76名(51.7%)であった。『知っている』割合の最も高いのは保健所であった。

6. 訪問看護ステーションの機能

1) 各機能の（項目）の認知

各機能について、『知っている』に○をつけた数は、23項目中平均13.6項目であるが、機関別では保健所が15.0項目に対し福祉事務所では8.9項目と機関による違いが大きかった。項目数では全体では20~23項目が27%で最も多かったが、機関別では保健所では20~23項目が32.1%と最も多かったのに対し、福祉事務所では0項目が37.5%と最も多く、児童相談所では5~9項目が30.4%と最も多かった（図6）。

＜看護サービス＞は9項目中平均5.8項目で、＜リハビリテーション＞は3項目中1.8項目、＜栄養指導＞4項目中1.9項目、＜ケアマネジメント＞7項目中3.4項目であった。

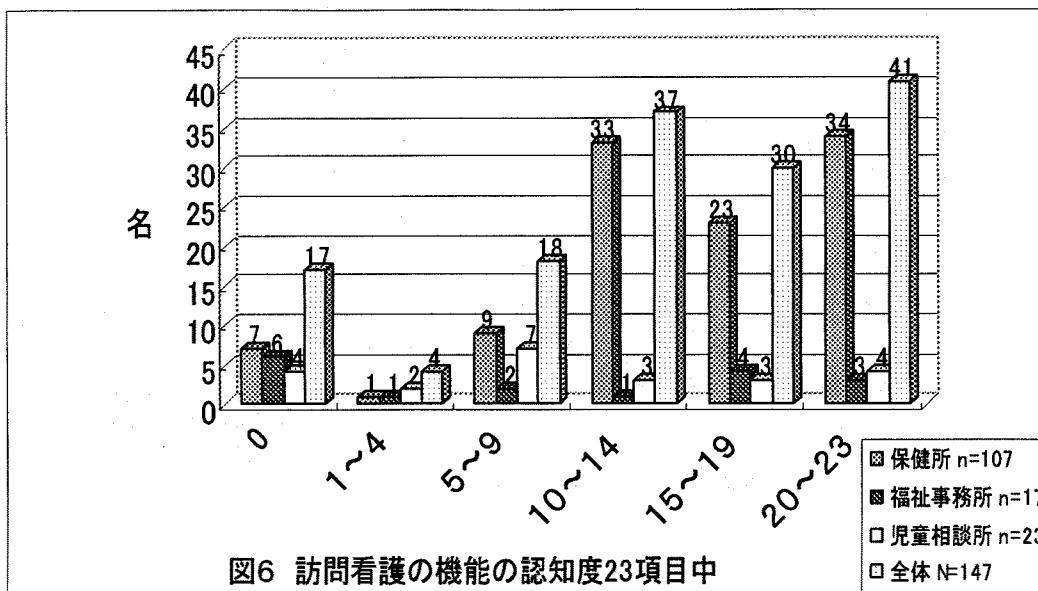


図6 訪問看護の機能の認知度23項目中

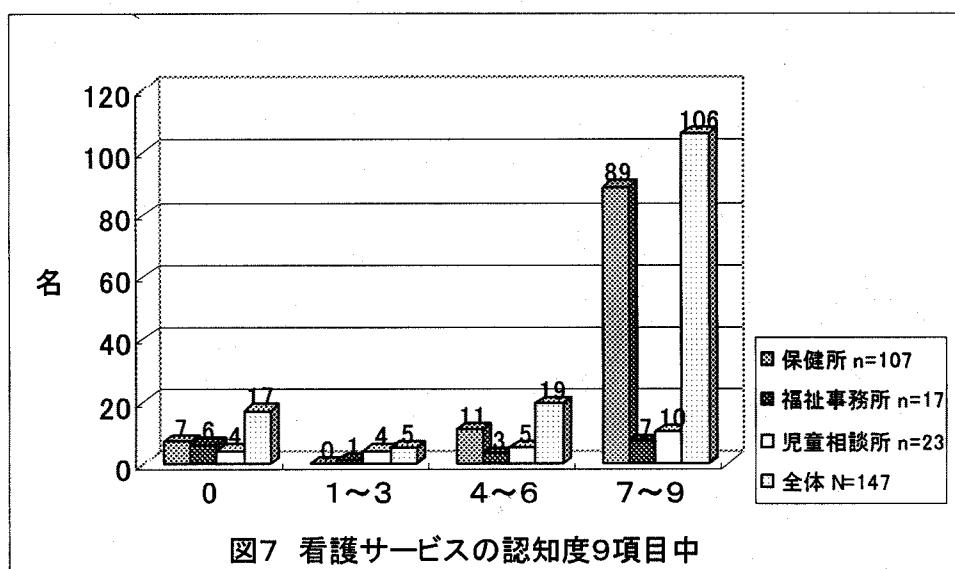


図7 看護サービスの認知度9項目中

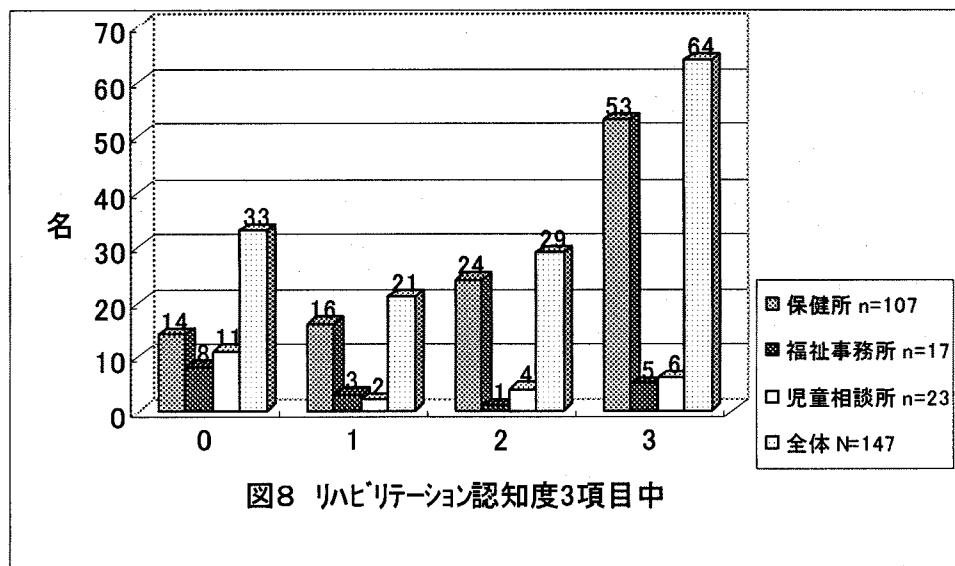
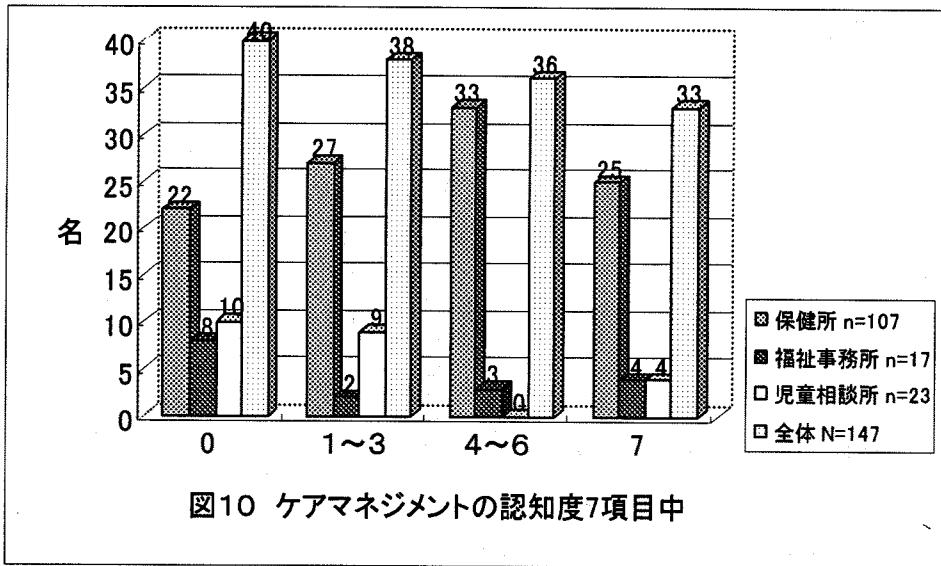
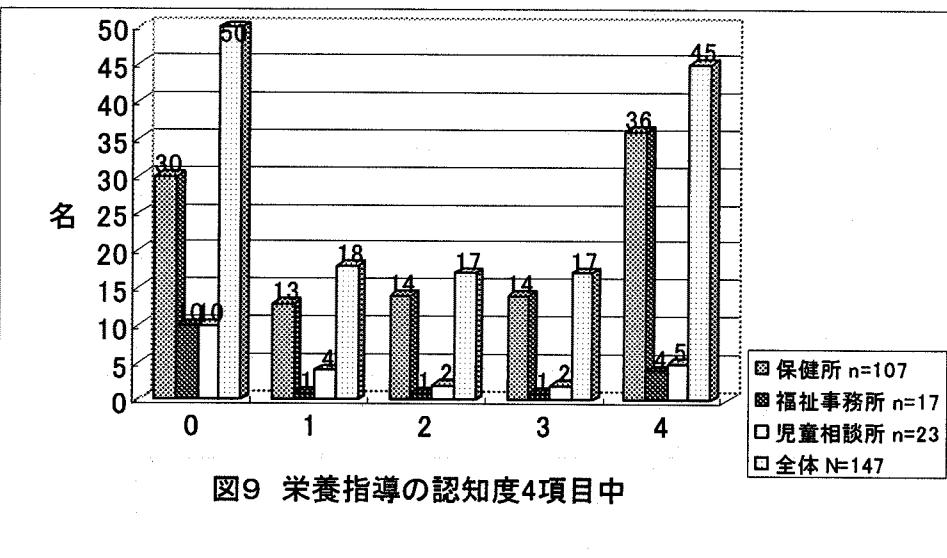
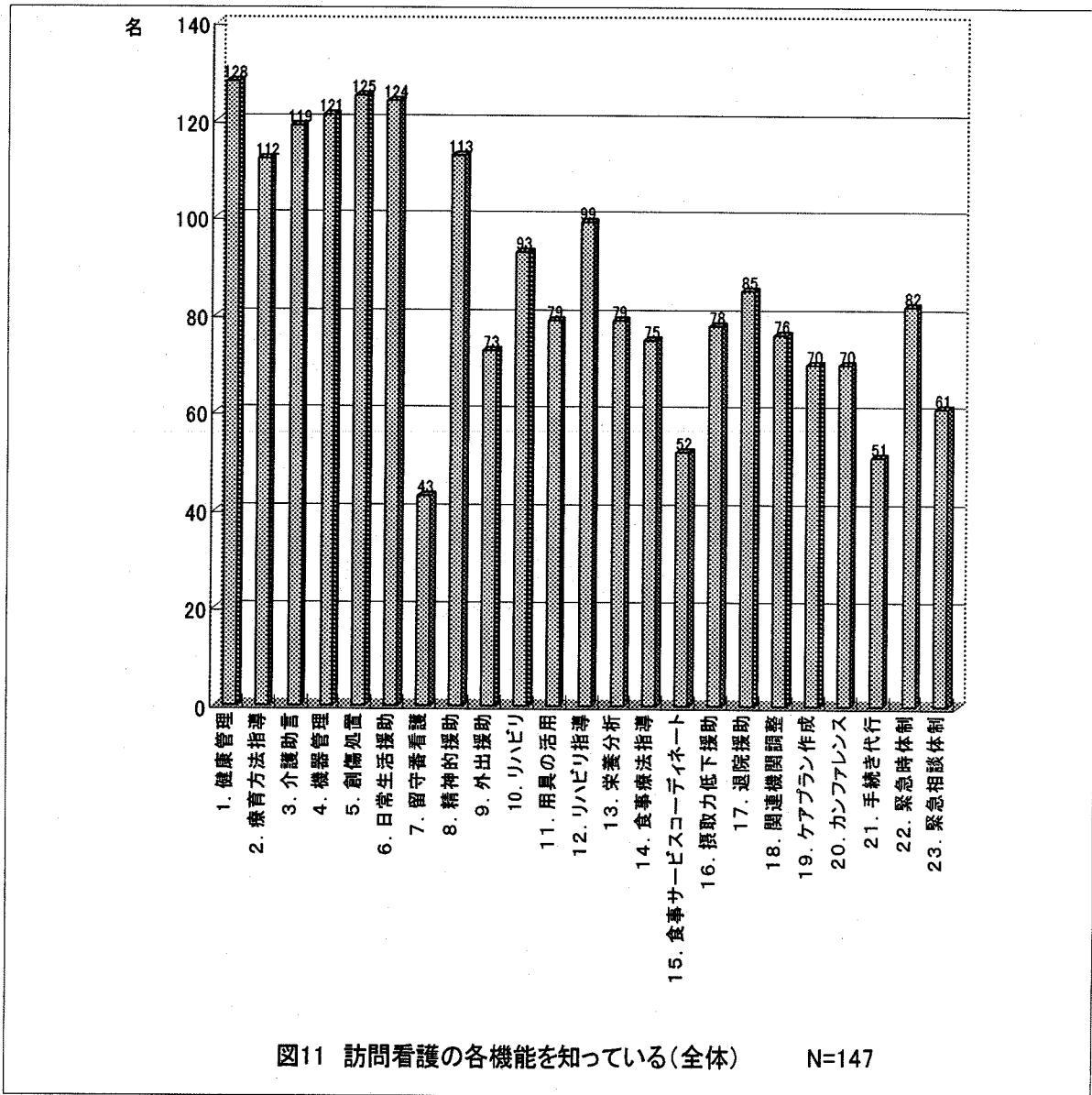


図8 リハビリテーション認知度3項目中



項目別では『知っている』に○があった項目の割合が最も高かったものは「1.健康状態や病状の観察・健康管理・連絡 (87.1%)」であり、ついで「5.褥瘡や創傷の処置・管理 (85.0%)」「6.日常生活の援助 (84.4%)」「4.医療機器の管理・点検・指導 (82.3%)」であった。逆に○がついていないものの割合が多かったものは、「7.留守番看護 (27.9%)」、「21.各種手続きの代行・必要書類の作成 (34.7%)」、「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整 (35.4%)」、「22.緊急時の体制整備のための調整 (55.8%)」などであった(図11)。

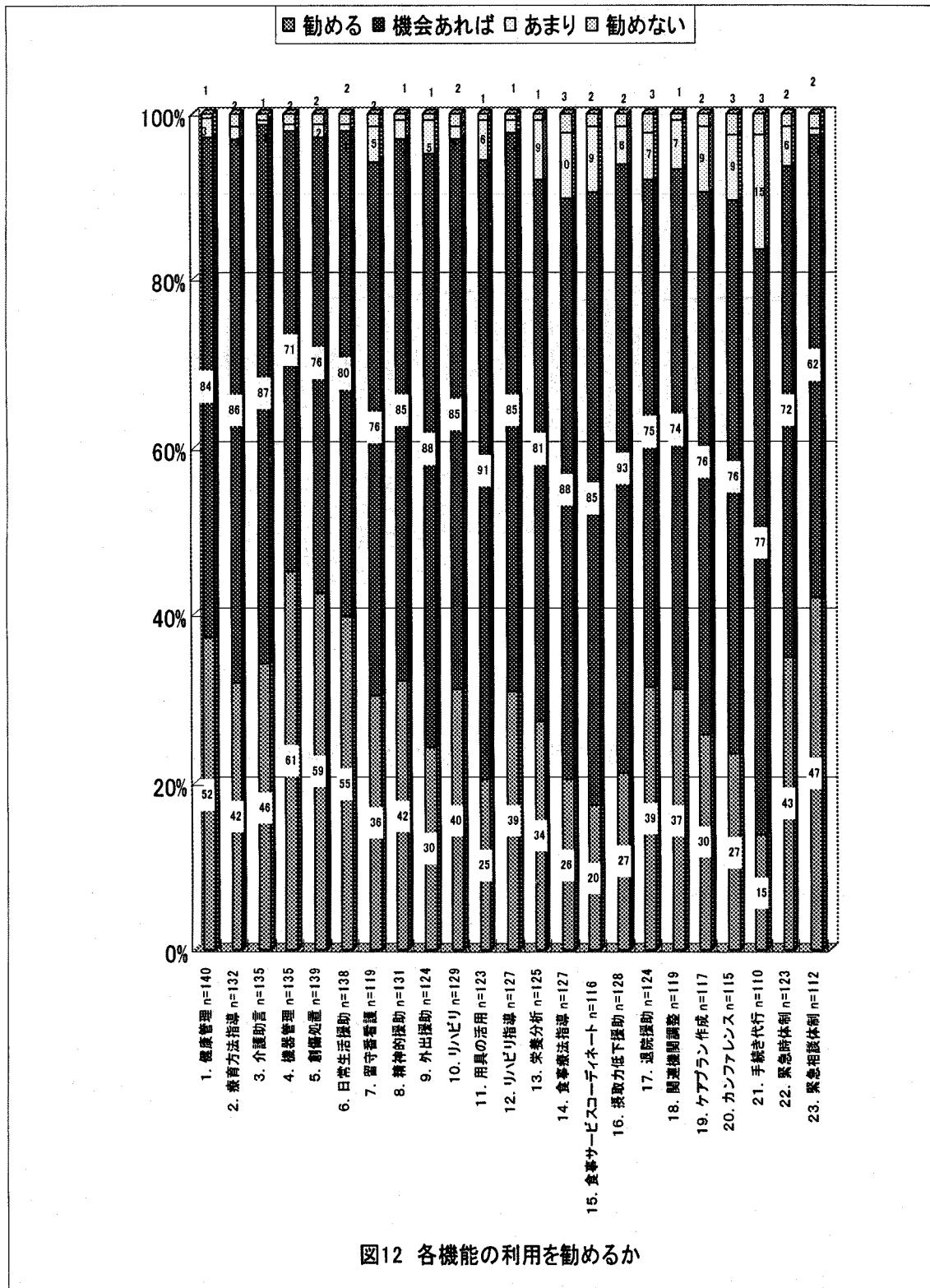


2) 各機能の利用可能性

どの項目についても、『利用を勧める』『機会があれば利用を勧める』が多く『利用を勧める』の欄に○を付けた割合の多いものは順に「4. 医療機器の管理・点検・指導 (45.2%)」、「5. 褥瘡や創傷の処置・管理 (42.4%)」、「6. 日常生活の援助 (39.9%)」、「23.24 時間電話による相談体制・緊急訪問 (41.9%)」、「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡 (37.1%)」であった。『あまり利用を勧めない』『全く利用を勧めない』のはかなりの項目に1~3件回答されていた。その中でも特に割合が多いものは「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成 (16.4%)」、「20. ケースカンファレンスの開催 (10.4%)」、「14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配 (10.2%)」、「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整 (9.5%)」であった(図12)。

また、「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」、「3. 介護方法や療育環境の指導・助言」、「4. 医療機器の管理・点検・指導 (45.2%)」、「5. 褥瘡や創傷の処置・管理」の

4項目以外では無回答が1割以上あり、その中でも「21.各種手続きの代行・必要書類の作成」、「23.24時間電話による相談体制・緊急訪問」、「20.ケースカンファレンスの開催」、「15.ホームヘルパーや配食サービスの調整」、「19.ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」ではの項目では無回答が2割以上いた。



7. 訪問看護ステーションとの連携の仕方についての意見

自由記述により、訪問看護ステーションの連携について回答が得られたのは、保健所51名、福祉事務所4名、児童相談所12名、合計67名であった（表5）。最も多かったのは、＜連携方法について＞であった。保健所や児童相談所では実際にすでに行なっている方法、たとえば同行訪問や検討会、紙面による情報交換などの報告があった。ネットワークや連絡体制をこれから検討したいという内容も多かった。また、在宅ケアチーム内の連携の困難さや課題もいくつかあげられていた。一方では、＜小児を対象としたステーションの拡大や受け入れ能力向上の希望＞として、小児の訪問が可能なステーションのPRへの希望や、ステーションによる対応の違い、職員研修や支援内容への不安なども指摘された。＜その他＞としては、保健師の不足、小児の往診医の不足などを挙げた回答もあった。それでも＜連携をとっていきたい＞という前向きな姿勢は、課題を指摘する中にも多く寄せられていた（表5）。

表5 連携についての自由記載

N=64

- 1) 連携がとれていない、とつていきたい
連携は少ないがもっと連携とて行きたい
ステーションとの情報交換を密にして連携とりたい
お互いにもっと連携しようと意識していきたい
- 2) 連携方法について
保健所からステーションという連絡ルート確立したい
退院前の入院中の段階から地域の看護職との連携必要
退院サマリーの窓口を保健所にしてはどうか
地域のネットワークが必要
訪問看護の情報提供書を活用している
検討会や意見交換の場が役立っている、あるとよい
保健婦の訪問記録をステーションに送っている
成長発達で多岐にわたる調整必要
是非主治医と連絡を密にしてほしい
福祉事務所は訪問看護の情報不足、保健所などとの連携必要
児童相談所からの訪問日を訪問看護と同行にすることがある
在宅ケアチーム内の連携は価値観の一致せず困難で、課題多い。
- 3) 小児対象のステーションの拡大や受け入れ能力の向上への希望
小児を積極的に実施しているステーションの情報がほしい
小児をやっているとステーションはもっとPRしてほしい
ステーションによって対応や能力に違いがある
成長発達など小児の専門性もって能力発揮してほしい
重度の障害児の外出や留守番などの対応を検討してほしい
小児を受け入れるにあたっての職員の研修や支援内容に不安がある
- 4) その他
ステーションで働いた経験もあり、理解している
保健婦の人数少なくて対応しきれない
往診の出来る小児科医がいるとよい

8. 訪問看護の利用についての意見

同様に自由記述により、訪問看護ステーションの連携について、保健所 23 名、福祉事務所 4 名、児童相談所 10 名、合計 37 名から回答が得られた（表6）。

＜もっと利用できるようにしてほしい＞の中には、小児の訪問看護が出来るステーションの情報をもっと入手しやすくしてほしいという内容が多かった。

地域ごとの一覧表やパンフレットを望むものがいくつかみられた。また、＜訪問看護の機能の充実＞では、留守番看護や学校や保育所での看護を望む回答があった。また、訪問看護の職員研修の必要性が指摘されていた。＜在宅ケアシステムの改善＞では、小児の訪問を行なうステーションが少なく、サービスが不十分だという意見が複数あった。また、病院中心あるという意見や、ホームヘルプやレスパイト施設の不足、18歳以上のサービスの不備、自治体の格差などがあげられた。＜ケア提供のあり方＞としては、保護者への負担や、介護者の精神面でのサポートに関することがあげられた（表6）。

表6 訪問看護の利用についての意見

N=37

(1) もっと利用できるようにしてほしい

小児の訪問看護を実施しているステーションの一覧表を作つてほしい
行政側として訪問看護を利用できるという啓発活動が必要
以前に訪問看護を紹介して喜ばれたので、もっと紹介したい
利用窓口を明確にしてほしい

(2) 訪問看護の機能充実を望む

保育所、学校などへの訪問看護が出来るようになるとよい
医療依存度の高いケースの留守番看護に期待している
障害児保育が拡大するために、訪問看護の場の制約を緩和してほしい
小児の訪問が充実するような研修などが必要

(3) 在宅ケアシステムの現状の改善

訪問看護の能力差があり、これから経験を積んでいく状況
小児の訪問を行なうステーションは少なく遠いので利用しにくい
地域に小児を訪問するステーションはないに等しい
小児の在宅ケアはまだ病院中心
自治体ごとの格差があり、その情報交換が少ない
18歳以上のサービスが十分でない
ホームヘルプ、レスパイトなどのサービスが今後必要

(4) ケア提供のあり方

小児のケアは保護者がやって当然という意識が強い
精神面のサポートは難しい
母親の精神面を支えていくことが大切

●訪問看護の機能について（訪問看護に関わる職種間の比較）

1. 訪問看護機能の認識の有無

医師、外来看護師、病棟看護師、保健所、福祉事務所、児童相談所の回答者の、訪問看護の各機能に関する認識の有無（知っているかいないか）は、表1のとおりである。

サービス別の認識の有無について、6職種における認識の割合の平均からみた全体の傾向（以下「全体の傾向」と略す）および項目ごとに認識の高い職種は以下のようであった。

1) <看護サービス>

全体の傾向をみると、9項目中4項目において70%以上であり、他のサービスに比べ知っている割合が高かった。特に「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」と「6. 日常生活の援助」は、知っている割合が約75%と高かった。逆に「7. 留守番看護」は33.3%、「9. 外出の援助」は49.1%と、知っている割合が低かった。

また、項目別に知っている割合が高い職種をみると、9項目中7項目「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」「2. 療育方法や成長発達についての相談・連絡」「3. 介護方法や療育環境の指導助言」「4. 医療機器の管理・点検・指導」「5. 褥瘡や創傷の処置・管理」「6. 日常生活の援助」「8. 精神的な援助」において、保健所がもっとも知っている割合が高く全て80%以上であった。特に「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」と「6. 日常生活の援助」については保健所の知っている割合は90%を超えていた。

その他の「7. 留守番看護」については病棟婦長43.2%が最も多く、次いで外来婦長42.4%であった。「9. 外出の援助」については、外来看護婦の66.7%が最も多かった。

2) <リハビリテーション>

全体の傾向としては、3項目ともその機能を知っている割合は40-50%台であった。

「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価」「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具の活用」「12. リハビリテーションの方法の指導」の3項目全てにおいて、保健所が知っている割合が最も高く、70%以上であった。

3) <栄養指導>

全体の傾向としては、4項目とも30-40%台とその認識は低かった。職種別においても知っている割合が60%を超える項目はなかった。

また、項目別に知っている割合が高い職種をみると、「13. 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析」「14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配」においては、保健所が最も高く、次いで病棟婦長の順で50%台であった。「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」については外来婦長、保健所の順に50%を超えていた。「16. 摂取能力の低下した児への対応や指導」は、保健所が最も高く57.9%であった。

4) <ケアマネジメント>

全体の傾向としては、7項目中知っている割合が50%以上であった項目は、「17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備」51.5%、「18. 各種関連機関と連絡調整」50.1%、

表1 職種別訪問看護の各機能の認知

	医師 n=65	外来婦長 n=66	病棟婦長 n=81	保健所 n=107	福祉事務 所n=17	児童相談 所n=23	% 平均
		既 知 (%)	既 知 (%)	既 知 (%)	既 知 (%)	既 知 (%)	
1 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡	42 (64.6)	49 (74.2)	64 (79.0)	99 (92.5)	11 (64.7)	18 (78.3)	75.6%
2 療育方法や成長発達についての相談・連絡	38 (58.5)	44 (66.7)	54 (66.7)	90 (84.1)	8 (47.1)	14 (60.9)	64.0%
3 介護方法や療育環境の指導・助言	42 (64.6)	48 (72.7)	60 (74.1)	96 (89.7)	9 (52.9)	14 (60.9)	69.2%
4 医療機器の管理・点検・指導	39 (60.0)	49 (74.2)	63 (77.8)	95 (88.8)	10 (58.8)	16 (69.6)	71.5%
5 摘瘻や創傷の処置・管理	40 (61.5)	49 (74.2)	64 (79.0)	100 (93.5)	9 (52.9)	16 (69.6)	71.8%
6 日常生活の援助	47 (72.3)	52 (78.8)	67 (82.7)	99 (92.5)	9 (52.9)	16 (69.6)	74.8%
7 留守番看護	23 (35.4)	28 (42.4)	35 (43.2)	33 (30.8)	3 (17.6)	7 (30.4)	33.3%
8 精神的な援助	34 (52.3)	44 (66.7)	50 (61.7)	91 (85.0)	10 (58.8)	12 (52.2)	62.8%
9 外出の援助	28 (43.1)	44 (66.7)	48 (59.3)	59 (55.1)	6 (35.3)	8 (34.8)	49.1%
10 リハビリプログラムの作成・実施・評価	23 (35.4)	34 (51.5)	42 (51.9)	78 (72.9)	6 (35.3)	9 (39.1)	47.7%
11 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用	16 (24.6)	30 (45.5)	36 (44.4)	65 (60.7)	6 (35.3)	8 (34.8)	40.9%
12 リハビリテーションの方法の指導	25 (38.5)	39 (59.1)	47 (58.0)	80 (74.8)	8 (47.1)	11 (47.8)	54.2%
13 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析	30 (46.2)	24 (36.4)	43 (53.1)	63 (58.9)	5 (29.4)	10 (43.5)	44.6%
14 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配	22 (33.8)	32 (48.5)	43 (53.1)	59 (55.1)	6 (35.3)	10 (43.5)	44.9%
15 ホームヘルパーや配食サービスの調整	14 (21.5)	28 (42.4)	31 (38.3)	43 (40.2)	4 (23.5)	5 (21.7)	31.3%
16 摂取能力の低下した児への対応や指導	21 (32.3)	30 (45.5)	34 (42.0)	62 (57.9)	7 (41.2)	9 (39.1)	43.0%
17 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備	26 (40.0)	42 (63.6)	52 (64.2)	70 (65.4)	7 (41.2)	8 (34.8)	51.5%
18 各種関連機関と連絡調整	26 (40.0)	44 (66.7)	51 (63.0)	62 (57.9)	8 (47.1)	6 (26.1)	50.0%
19 ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整	15 (23.1)	41 (62.1)	49 (60.5)	55 (51.4)	7 (41.2)	8 (34.8)	45.5%
20 ケースカンファレンスの開催	14 (21.5)	36 (54.5)	36 (44.4)	56 (52.3)	6 (35.3)	8 (34.8)	40.5%
21 各種手続きの代行・必要書類の作成	10 (15.4)	22 (33.3)	21 (25.9)	41 (38.3)	6 (35.3)	4 (17.4)	27.6%
22 緊急時の体制整備のための調整	23 (35.4)	39 (59.1)	52 (64.2)	66 (61.7)	9 (52.9)	7 (30.4)	50.6%
23 24時間電話による相談体制・緊急訪問	11 (16.9)	32 (48.5)	38 (46.9)	50 (46.7)	4 (23.5)	7 (30.4)	35.3%

「22. 緊急時の体制整備のための調整」50.6%の3項目であった。逆に知っている割合が低い項目として、「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成」は27.6%と30%未満であった。そのほかの項目は30-40%台であった。

職種別に知っている割合が60%を超える項目は、7項目中4項目に見られた。「17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備」は保健所、病棟婦長、外来婦長の順でおよそ65%、「18. 各種関連機関と連絡調整」「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」は外来婦長、病棟婦長の順で、また「22. 緊急時の体制整備のための調整」は病棟婦長、保健所の順で60%台であった。このほか「20. ケースカンファレンスの開催」は、外来婦長、保健所の順で知っている割合が高く50%台であった。

さらに知っている割合が、もっとも高い職種でも半分に満たなかつた項目が2項目あつた。「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成」は保健所、福祉事務所、外来婦長の順で高いが30%台、「23. 24時間電話による相談体制・緊急訪問」は病棟婦長、保健所、外来婦長の順で高いが40%台であった。

2. 訪問看護の機能の利用に関する意識

医師、外来看護婦、病棟看護婦、保健所、福祉事務所、児童相談所の回答者が訪問看護の機能別に利用を勧めるか否かについては、表Aのとおりである。全ての項目、職種において、『利用を勧める』あるいは『機会があれば利用を勧める』の割合が最も多かつた。また、各項目ごとの『利用を勧める』と職種の平均について表2のとおりである。

1) サービス別の項目でみた利用に関する回答状況は以下のようであった。

(1) <看護サービス>

「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」

『利用を勧める』の6職種の平均は42.7%（最大52.5%、最小26.1%）であった。

職種別では、『利用を勧める』の割合が最も高かつたのは、医師52.5%、病棟婦長50.6%であり、外来婦長は『利用を勧める』と『機会があれば利用を勧める』が同率47.6%で、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かつた。

「2. 療育方法や成長発達についての相談・連絡」

『利用を勧める』の6職種の平均は36.3%（最大50.7%、最小14.3%）であり、<看護サービス>中で最も『利用を勧める』割合が低かつた。

職種別では、『利用を勧める』の割合が最も高かつたのは、病棟婦長50.7%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かつた。

「3. 介護方法や療育環境の指導助言」

『利用を勧める』の6職種の平均は42.2%（最大58.3%、最小19.0%）であった。

職種別では、『利用を勧める』の割合が最も高かつたのは、病棟婦長58.3%、外来婦長53.3%、医師51.7%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かつた。

「4. 医療機器の管理・点検・指導」

『利用を勧める』の6職種の平均は48.2%（最大68.3%、最小30.8%）であり、<看護サービス>の中で最も『利用を勧める』割合が高かつた。

職種別では、『利用を勧める』の割合が最も高かつたのは、外来婦長68.3%、病棟婦

表A 訪問看護の各機能の利用について(職種別)

	医師					外来婦長					病棟婦長					保健所					福祉事務所					児童相談所				
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)
1 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡	- -	4 (6.6)	25 (41.0)	32 (52.5)	61 (100.0)	- -	3 (4.8)	30 (47.6)	30 (47.6)	63 (100.0)	- -	1 (1.3)	37 (48.1)	39 (50.6)	77 (100.0)	- -	3 (2.9)	59 (57.8)	40 (39.2)	102 (100.0)	- -	- -	9 (60.0)	6 (40.0)	15 (100.0)	1 (4.3)	- -	16 (69.6)	6 (26.1)	23 (100.0)
2 療育方法や成長発達についての相談・連絡	2 (3.4)	4 (6.8)	27 (45.8)	26 (44.1)	59 (100.0)	- -	3 (4.8)	31 (50.0)	28 (45.2)	62 (100.0)	- -	- -	35 (49.3)	36 (50.7)	71 (100.0)	1 (1.0)	2 (2.1)	58 (60.4)	35 (36.5)	96 (100.0)	- -	- -	11 (73.3)	4 (26.7)	15 (100.0)	1 (4.8)	- -	17 (81.0)	3 (14.3)	21 (100.0)
3 介護方法や療育環境の指導・助言	- -	4 (6.7)	25 (41.7)	31 (51.7)	60 (100.0)	- -	- -	28 (46.7)	32 (53.3)	60 (100.0)	- -	- -	30 (41.7)	42 (58.3)	72 (100.0)	- -	1 (1.0)	61 (61.6)	37 (37.4)	99 (100.0)	- -	- -	10 (66.7)	5 (33.3)	15 (100.0)	1 (4.8)	- -	16 (76.2)	4 (19.0)	21 (100.0)
4 医療機器の管理・点検・指導	1 (1.6)	2 (3.3)	28 (45.9)	30 (49.2)	61 (100.0)	- -	1 (1.6)	19 (30.2)	43 (68.3)	63 (100.0)	- -	3 (3.9)	28 (36.8)	45 (59.2)	76 (100.0)	- -	- -	50 (50.0)	50 (50.0)	100 (100.0)	1 (7.7)	1 (7.7)	7 (53.8)	4 (30.8)	13 (100.0)	1 (4.5)	- -	14 (63.6)	7 (31.8)	22 (100.0)
5 條瘤や創傷の処置・管理	1 (1.7)	3 (5.1)	22 (37.3)	33 (55.9)	59 (100.0)	- -	2 (3.2)	25 (39.7)	36 (57.1)	63 (100.0)	- -	- -	33 (43.4)	43 (56.6)	76 (100.0)	- -	1 (1.0)	50 (49.0)	51 (50.0)	102 (100.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	10 (66.7)	3 (20.0)	15 (100.0)	1 (4.5)	- -	16 (72.7)	5 (22.7)	22 (100.0)
6 日常生活の援助	1 (1.6)	3 (4.8)	20 (31.7)	39 (61.9)	63 (100.0)	- -	1 (1.6)	26 (41.3)	36 (57.1)	63 (100.0)	- -	- -	30 (38.5)	48 (61.5)	78 (100.0)	- -	- -	54 (52.9)	48 (47.1)	102 (100.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	10 (66.7)	3 (20.0)	15 (100.0)	1 (4.8)	- -	16 (76.2)	4 (19.0)	21 (100.0)
7 留守番看護	- -	4 (7.0)	27 (47.4)	26 (45.6)	57 (100.0)	2 (3.3)	5 (8.3)	27 (45.0)	26 (43.3)	60 (100.0)	2 (3.0)	1 (1.5)	27 (40.9)	36 (54.5)	66 (100.0)	- -	4 (4.5)	55 (61.8)	30 (33.7)	89 (100.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	7 (58.3)	3 (25.0)	12 (100.0)	1 (5.6)	- -	14 (77.8)	3 (16.7)	18 (100.0)
8 精神的な援助	- -	8 (13.3)	24 (40.0)	28 (46.7)	60 (100.0)	- -	1 (1.6)	30 (48.4)	31 (50.0)	62 (100.0)	- -	- -	30 (43.5)	39 (56.5)	69 (100.0)	- -	2 (2.1)	59 (61.5)	35 (36.5)	96 (100.0)	- -	1 (6.7)	10 (66.7)	4 (26.7)	15 (100.0)	1 (5.0)	- -	16 (80.0)	3 (15.0)	20 (100.0)
9 外出の援助	1 (1.8)	1 (1.8)	25 (44.6)	29 (51.8)	56 (100.0)	- -	1 (1.6)	25 (41.0)	35 (57.4)	61 (100.0)	- -	1 (1.4)	32 (45.7)	37 (52.9)	70 (100.0)	- -	2 (2.1)	67 (71.3)	25 (26.6)	94 (100.0)	- -	3 (23.1)	7 (53.8)	3 (23.1)	13 (100.0)	1 (5.9)	- -	14 (82.4)	2 (11.8)	17 (100.0)
10 リハビリプログラムの作成・実施・評価	1 (1.7)	2 (3.4)	34 (58.6)	21 (36.2)	58 (100.0)	1 (1.7)	3 (5.0)	27 (45.0)	29 (48.3)	60 (100.0)	- -	2 (2.8)	33 (46.5)	36 (50.7)	71 (100.0)	- -	- -	63 (64.3)	35 (35.7)	98 (100.0)	- -	1 (8.3)	7 (58.3)	4 (33.3)	12 (100.0)	2 (10.5)	1 (5.3)	15 (78.9)	1 (5.3)	19 (100.0)
11 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用	1 (1.9)	7 (13.2)	27 (50.9)	18 (34.0)	53 (100.0)	- -	3 (5.3)	36 (63.2)	18 (31.6)	57 (100.0)	- -	- -	32 (47.8)	35 (52.2)	67 (100.0)	- -	1 (1.1)	68 (73.1)	24 (25.8)	93 (100.0)	- -	2 (16.7)	9 (75.0)	1 (8.3)	12 (100.0)	1 (5.6)	3 (16.7)	14 (77.8)	- -	18 (100.0)
12 リハビリテーションの方法の指導	2 (3.4)	7 (11.9)	28 (47.5)	22 (37.3)	59 (100.0)	- -	2 (3.3)	33 (54.1)	26 (42.6)	61 (100.0)	- -	4 (5.5)	35 (47.9)	34 (46.6)	73 (100.0)	- -	1 (1.1)	61 (64.9)	32 (34.0)	94 (100.0)	- -	- -	8 (61.5)	5 (38.5)	13 (100.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	16 (80.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
13 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析	1 (1.7)	3 (5.0)	31 (51.7)	25 (41.7)	60 (100.0)	- -	4 (7.1)	31 (55.4)	21 (37.5)	56 (100.0)	- -	3 (4.3)	37 (52.9)	30 (42.9)	70 (100.0)	- -	6 (6.6)	60 (65.9)	25 (27.5)	91 (100.0)	- -	2 (15.4)	6 (46.2)	5 (38.5)	13 (100.0)	1 (4.8)	1 (4.8)	15 (71.4)	4 (19.0)	21 (100.0)
14 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配	1 (1.7)	4 (6.8)	33 (55.9)	21 (35.6)	59 (100.0)	1 (1.7)	2 (3.4)	35 (60.3)	20 (34.5)	58 (100.0)	- -	2 (2.9)	32 (46.4)	35 (50.7)	69 (100.0)	1 (1.1)	8 (8.5)	64 (68.1)	21 (22.3)	94 (100.0)	1 (7.1)	1 (7.1)	8 (57.1)	4 (28.6)	14 (100.0)	1 (5.3)	1 (5.3)	16 (84.2)	1 (5.3)	19 (100.0)
15 ホームヘルパーや配食サービスの調整	2 (3.7)	5 (9.3)	29 (53.7)	18 (33.3)	54 (100.0)	2 (3.6)	2 (3.6)	32 (57.1)	20 (35.7)	56 (100.0)	- -	4 (6.1)	37 (56.1)	25 (37.9)	66 (100.0)	- -	5 (5.8)	63 (73.3)	18 (20.9)	86 (100.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	8 (66.7)	2 (16.7)	12 (100.0)	1 (5.6)	3 (16.7)	14 (77.8)	- -	18 (100.0)
16 摂取能力の低下した児への対応や指導	3 (5.1)	4 (6.8)	31 (52.5)	21 (35.6)	59 (100.0)	- -	2 (3.5)	33 (57.9)	22 (38.6)	57 (100.0)	- -	5 (7.7)	28 (43.1)	32 (49.2)	65 (100.0)	- -	5 (5.4)	66 (71.0)	22 (23.7)	93 (100.0)	1 (7.1)	- -	10 (71.4)	3 (21.4)	14 (100.0)	1 (4.8)	1 (4.8)	17 (81.0)	2 (9.5)	21 (100.0)
17 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備	- -	3 (5.5)	27 (49.1)	25 (45.5)	55 (100.0)	- -	- -	21 (34.4)	39 (63.9)	61 (100.0)	- -	1 (1.4)	30 (42.9)	39 (55.7)	70 (100.0)	1 (1.1)	4 (4.3)	57 (61.3)	31 (33.3)	93 (100.0)	1 (7.7)	2 (15.4)	5 (38.5)	5 (38.5)	13 (100.0)	1 (5.6)	1 (5.6)	13 (72.2)	3 (16.7)	18 (100.0)
18 各種関連機関と連絡調整	2 (3.5)	1 (1.8)	31 (54.4)	23 (40.4)	57 (100.0)	- -	- -	24 (38.7)	38 (61.3)	62 (100.0)	- -	1 (1.4)	32 (43.2)	41 (55.4)	74 (100.0)	- -	4 (4.5)	55 (61.8)	30 (33.7)	89 (100.0)	- -	2 (15.4)	7 (53.8)	5 (38.5)	14 (107.7)	1 (6.3)	1 (6.3)	12 (75.0)	2 (12.5)	16 (100.0)
19 ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整	2 (3.7)	7 (13.0)	28 (51.9)	17 (31.5)	54 (100.0)	- -	2 (3.2)	22 (35.5)	38 (61.3)	62 (100.0)	- -	- -	31 (43.1)	41 (56.9)	72 (100.0)	1 (1.1)	5 (5.7)	55 (63.2)	26 (29.9)	87 (100.0)	- -	1 (7.7)	9 (69.2)	3 (23.1)	13 (100.0)	1 (5.9)	3 (17.6)	12 (70.6)	1 (5.9)	17 (100.0)
20 ケースカンファレンスの開催	2 (3.7)	8 (14.8)	29 (53.7)	15 (27.8)	54 (100.0)	- -	- -	35 (59.3)	24 (40.7)	59 (1																				

表2 職種別訪問看護の各機能の利用を“勧める”割合

	医師		外来婦長		病棟婦長		保健所		福祉事務所		児童相談所		% 平均
	勧める (%)	n	勧める (%)	n	勧める (%)	n							
1 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡	32 (52.5)	61	30 (47.6)	63	39 (50.6)	77	40 (39.2)	102	6 (40.0)	15	6 (26.1)	23	42.7%
2 療育方法や成長発達についての相談・連絡	26 (44.1)	59	28 (45.2)	62	36 (50.7)	71	35 (36.5)	96	4 (26.7)	15	3 (14.3)	21	36.3%
3 介護方法や療育環境の指導・助言	31 (51.7)	60	32 (53.3)	60	42 (58.3)	72	37 (37.4)	99	5 (33.3)	15	4 (19.0)	21	42.2%
4 医療機器の管理・点検・指導	30 (49.2)	61	43 (68.3)	63	45 (59.2)	76	50 (50.0)	100	4 (30.8)	13	7 (31.8)	22	48.2%
5 損傷や創傷の処置・管理	33 (55.9)	59	36 (57.1)	63	43 (56.6)	76	51 (50.0)	102	3 (20.0)	15	5 (22.7)	22	43.7%
6 日常生活の援助	39 (61.9)	63	36 (57.1)	63	48 (61.5)	78	48 (47.1)	102	3 (20.0)	15	4 (19.0)	21	44.4%
7 留守番看護	26 (45.6)	57	26 (43.3)	60	36 (54.5)	66	30 (33.7)	89	3 (25.0)	12	3 (16.7)	18	36.5%
8 精神的な援助	28 (46.7)	60	31 (50.0)	62	39 (56.5)	69	35 (36.5)	96	4 (26.7)	15	3 (15.0)	20	38.6%
9 外出の援助	29 (51.8)	56	35 (57.4)	61	37 (52.9)	70	25 (26.6)	94	3 (23.1)	13	2 (11.8)	17	37.3%
10 リハビリプログラムの作成・実施・評価	21 (36.2)	58	29 (48.3)	60	36 (50.7)	71	35 (35.7)	98	4 (33.3)	12	1 (5.3)	19	34.9%
11 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用	18 (34.0)	53	18 (31.6)	57	35 (52.2)	67	24 (25.8)	93	1 (8.3)	12	- -	18	25.3%
12 リハビリテーションの方法の指導	22 (37.3)	59	26 (42.6)	61	34 (46.6)	73	32 (34.0)	94	5 (38.5)	13	2 (10.0)	20	34.8%
13 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析	25 (41.7)	60	21 (37.5)	56	30 (42.9)	70	25 (27.5)	91	5 (38.5)	13	4 (19.0)	21	34.5%
14 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配	21 (35.6)	59	20 (34.5)	58	35 (50.7)	69	21 (22.3)	94	4 (28.6)	14	1 (5.3)	19	29.5%
15 ホームヘルパー・配食サービスの調整	18 (33.3)	54	20 (35.7)	56	25 (37.9)	66	18 (20.9)	86	2 (16.7)	12	- -	18	24.1%
16 摂取能力の低下した児への対応や指導	21 (35.6)	59	22 (38.6)	57	32 (49.2)	65	22 (23.7)	93	3 (21.4)	14	2 (9.5)	21	29.7%
17 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備	25 (45.5)	55	39 (63.9)	61	39 (55.7)	70	31 (33.3)	93	5 (38.5)	13	3 (16.7)	18	42.3%
18 各種関連機関と連絡調整	23 (40.4)	57	38 (61.3)	62	41 (55.4)	74	30 (33.7)	89	5 (38.5)	14	2 (12.5)	16	40.3%
19 ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整	17 (31.5)	54	38 (61.3)	62	41 (56.9)	72	26 (29.9)	87	3 (23.1)	13	1 (5.9)	17	34.8%
20 ケースカンファレンスの開催	15 (27.8)	54	24 (40.7)	59	33 (50.0)	66	24 (28.6)	84	1 (8.3)	12	2 (10.5)	19	27.7%
21 各種手続きの代行・必要書類の作成	14 (26.9)	52	12 (23.1)	52	24 (41.4)	58	14 (17.1)	82	1 (8.3)	12	- -	16	19.5%
22 緊急時の体制整備のための調整	25 (43.9)	57	37 (60.7)	61	44 (60.3)	73	35 (38.5)	91	6 (46.2)	14	2 (11.1)	18	43.5%
23 24時間電話による相談体制・緊急訪問	22 (41.5)	53	36 (59.0)	61	37 (56.1)	66	38 (44.7)	85	6 (54.5)	11	3 (18.8)	16	45.8%

長 59.2%、医師 49.2%であり、保健所は『利用を勧める』と『機会があれば利用を勧める』が同率50.0%で、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「5. 褥瘡や創傷の処置・管理」

『利用を勧める』の6職種の平均は43.7%（最大57.1%、最小20.0%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、外来婦長57.1%、病棟婦長56.6%、医師55.9%、保健所50.0%で、他の職種は『機会があれば利用を進める』が最も多かった。

「6. 日常生活の援助」

『利用を勧める』の6職種の平均は44.4%（最大61.9%、最小19.0%）であり、<看護サービス>の中では2番目に高かった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、医師61.9%、病棟婦長61.5%、外来婦長57.1%で、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「7. 留守番看護」

『利用を勧める』の6職種の平均は36.5%（最大54.5%、最小16.7%）であり、<看護サービス>の中では2番目に低かった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、病棟婦長55%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「8. 精神的な援助」

『利用を勧める』の6職種の平均38.6%（最大56.5%、最小15.0%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、病棟婦長56.5%、外来婦長50.0%、医師46.7%で、他の職種は『機会があれば利用を勧め』が最も多かった。

「9. 外出の援助」

『利用を勧める』の6職種の平均は37.3%（最大57.4%、最小11.8%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、外来婦長57.4%、病棟婦長52.9%、医師51.8%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

また、『利用を勧めない』『あまり利用を勧めない』のいずれかを選んだ割合が20%を超えたのは福祉事務所で、23.1%あった。

看護サービス9項目中、『利用を勧める』の回答が最も高い割合であった項目数は、病棟婦長9項目、医師7項目、外来婦長7項目（『機会があれば利用を勧める』と同率の1項目を含む）、保健所2項目（『機会があれば利用を勧める』と同率の1項目を含む）、福祉事務所と児童相談所は0項目であった。

職種の傾向として、医師、病棟婦長、外来婦長は『利用を勧める』と『機会があれば利用を勧める』の回答数がそれぞれほぼ40-60%程度と近似している項目が多いのに対し、福祉事務所、児童相談所はその差が開いて『機会があれば利用を勧める』が多かった。

(2) <リハビリテーション>

「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価」

『利用を勧める』の6職種の平均は34.9%（最大50.7%、最小5.3%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、病棟婦長50.7%、外来婦長

48.3%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具の活用」

『利用を勧める』の6職種の平均は25.3%（最大52.2%、最小0%）であり＜リハビリテーション＞の中で最も低かった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、病棟婦長52.2%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「12. リハビリテーションの方法の指導」

『利用を勧める』の6職種の平均34.8%（最大46.6%、最小10.0%）であった。

すべての職種で『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

リハビリテーション3項目中、『利用を勧める』が最も高い割合であった項目数は、病棟婦長2項目、外来婦長1項目、医師、保健所、福祉事務所、児童相談所は0項目であった。『利用を勧めない』『あまり利用を勧めない』のいずれかを選んだ割合が20%を超える項目はなかった。

(3) <栄養指導について>

「13. 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析」

『利用を勧める』の6職種の平均34.5%（最大42.9%、最小19.0%）であった。

すべての職種で『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配」

『利用を勧める』の6職種の平均は29.5%（最大50.7%、最小5.3%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、病棟婦長50.7%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

また、『利用を勧めない』『あまり利用を勧めない』のいずれかを選んだ割合が、児童相談所では22.2%と20%を超えていた。

「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」

『利用を勧める』の6職種の平均は24.1%（最大37.9%、最小0%）であった。

すべての職種で『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「16. 摂取能力の低下した児への対応や指導」

『利用を勧める』の6職種の平均は29.7%（最大49.2%、最小9.5%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、病棟婦長49.2%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

栄養指導4項目中、『利用を勧める』が最も高い割合であった項目数は、病棟婦長2項目のみで、医師、外来婦長、保健所、福祉事務所、児童相談所は0項目であった。

(4) <ケアマネージメントについて>

「17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備」

『利用を勧める』の6職種の平均42.3%（最大63.9%、最小16.7%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、外来婦長63.9%、病棟婦長

55.7%であり、福祉事務所は『利用を勧める』と『機会があれば利用を勧める』が同率38.5%で、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

『利用を勧めない』『あまり利用を勧めない』のいずれかを選んだ割合が20%を超えていたのは、福祉事務所23.1%であった。

「18. 各種関連機関と連絡調整」

『利用を勧める』の6職種の平均は40.3%（最大61.3%、最小12.5%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、外来婦長61.3%、病棟婦長55.4%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」

『利用を勧める』の6職種の平均は34.8%（最大61.3%、最小5.9%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、外来婦長61.3%、病棟婦長56.9%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

また、『利用を勧めない』『あまり利用を勧めない』のいずれかを選んだ割合が児童相談所では23.5%あり、20%を超えていた。

「20. ケースカンファレンスの開催」

『利用を勧める』の6職種の平均は27.7%（最大50.0%、最小8.3%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、病棟婦長50.0%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

また、『利用を勧めない』『あまり利用を勧めない』のいずれかを選んだ割合が児童相談所では21.1%と、20%を超えていた。

「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成」

『利用を勧める』の6職種の平均は19.5%（最大41.4%、最小0%）であった。

職種別ではすべての職種で『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

また、『利用を勧めない』『あまり利用を勧めない』のいずれかを選んだ割合が20%を超えた職種は、医師23.1%、福祉事務所では33.3%、児童相談所25.0%であった。

「22. 緊急時の体制整備のための調整」

『利用を勧める』の6職種の平均は43.5%（最大60.7%、最小11.1%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、外来婦長60.7%、病棟婦長60.3%であり、福祉事務所は『利用を勧める』と『機会があれば利用を勧める』が同率43%で、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

「23. 24時間電話による相談体制・緊急訪問」

『利用を勧める』の6職種の平均は45.8%（最大59.0%、最小18.8%）であった。

職種別では『利用を勧める』の割合が最も高かったのは、外来婦長59.0%、病棟婦長56.1%、福祉事務所54.5%であり、他の職種は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった。

ケアマネージメント7項目中、『利用を勧める』が最も高い割合であった項目数は、病棟婦長6項目、外来婦長5項目、福祉事務所3項目（『機会があれば利用を勧める』と同率の2項目を含む）、医師、保健所、児童相談所が0項目であった。

2) 職種によるサービス利用の意識の傾向

23 項目中、『利用を勧める』の回答が最も高い割合であった項目数は、多い順に病棟婦長 19 項目、外来婦長 13 項目（『機会があれば利用を勧める』と同率の 1 項目を含む）、医師 7 項目、福祉事務所 3 項目（『機会があれば利用を勧める』と同率の 2 項目を含む）、保健所 2 項目、児童相談所は 0 項目であった。

また、項目別に、職種により『利用を勧める』と『機会があれば利用を勧める』の多い割合を比較すると、以下の 5 パターンに分類された。

パターン I : 医療関係者（医師・外来看護婦・病棟看護婦）は『利用を勧める』が最も多く、行政関係者（保健所・福祉事務所・児童相談所）は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった項目（1. 3. 4. 6. 8. 9.）：これらの項目は全て＜看護サービス＞であった。

パターン II : 外来婦長および病棟婦長は『利用を勧める』が最も多く、他は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった項目（10. 17. 18. 19. 22.）：これらの項目は 10 を除き、他は＜ケアマネージメント＞に含まれる項目であった。

パターン III : 病棟婦長のみ『利用を勧める』が最も多く、他は『機会があれば利用を勧める』が最も多かった項目（2. 7. 11. 14. 16. 20.）：ここには＜栄養指導＞4 項目のうちの 2 項目（14・16）が含まれていた。

パターン IV : 全ての職種で『機会があれば利用を勧める』が最も多かった項目（12. 13. 15. 21.）：ここには＜栄養指導＞4 項目のうちの 2 項目（13・15）が含まれていた。

パターン V : その他（5. 23）

3. まとめおよび考察

今回調査の対象となった、医師・外来婦長・病棟婦長を医療職として、また保健所・福祉事務所・児童相談所を行政職として比較を加えながら今回の結果をまとめ、考察してみたい。

1) 訪問看護利用者との関わりの頻度について

医療者間での違いをみると、小児の訪問看護の利用者が過去あるいは現在存在し、訪問看護を受けている対象をなんらかの形で把握している回答者は、医師や外来婦長では多く、病棟婦長はやや少ない結果となった。これは在宅で療養しながら訪問看護を利用する対象と関わる頻度の違いによるものであろう。過去 1 年間の訪問看護の利用経験を持つ患者の人数はいずれも 2 名以下がほとんどを占めており、対象となった病院の種類からいようと長期的慢性的に療養を必要とする患者が多いと考えられる中では、全体として訪問看護利用者は少ないといえる。しかし医師については過去 1 年間『全くなかった（0 名）』という回答は 8 % のみで、病棟・外来婦長に比べて訪問看護を利用する子ども・家族と関わっていることがわかった。医師および病棟・外来婦長は同じ病院に質問紙を配布していること、医師は訪問看護利用者に関わっている割合が高いか、あるいは診療をする中で婦長より情報を得ている可能性が高いことを示しているものと考えられる。

行政職では、在宅療養に関する相談を受ける機会について『よくある』『時々ある』を合わせると 66% であり在宅療養に関するなんらかの関わりを持つ回答者は比較的多いことがわかった。しかし訪問看護について実際に検討した経験を持つ行政職は約半数、さらに依頼に至った経験のある回答者はその約 4 割である。実際に小児の訪問看護の利用につい

て把握したり、検討する機会は少ないものといえる。行政職の回答者は保健所が圧倒的に多いが、窓口となるも同様の結果にであった。

このような結果から、医療者も行政職も過去あるいは現在において、訪問看護を利用している家族に実際に対応している経験は少なく、訪問看護の機能を実際に知る機会も少ないことがわかる。

2) 小児の訪問看護に関する知識について

公費負担制度について、医師、病棟・外来婦長とともに半数強程度しか知識を持っていないのに比較して、行政は7割以上が知識をもっていた。しかし、行政職であっても3割はその知識をもっていないということであり、小児の訪問看護を利用する上で経済面での知識が、医療・行政ともに援助する側に少ないことを表している。

訪問看護の時間や回数については、今回最もその知識をもっていたのは、外来婦長で約5割であり、他は3分の1程度であった。経済面や実際の訪問時間、回数などの知識は、家族に情報を提供する上で基本的な内容であることを考えると、正しい知識をもつ努力が必要であろう。医療者の問い合わせ先として選択されやすい行政職にとってこれらの知識を持っていることは、小児の訪問看護を進めていく上で、また医療との連携の上でも重要なことと考える。

「小児の訪問看護が可能であることを知っていた」のは病棟婦長・外来婦長は約7割であるのに対し、医師は3割と小児の訪問看護が可能であることを認識していない傾向にあった。さらに、小児の訪問看護に関する情報となると、医療者のどの職種においても、小児の訪問看護の機能についての情報、小児の訪問が可能なステーションの所在、小児の訪問看護についての情報を得る場所など、情報源を持っていないことが明らかになった。特に医師の場合には情報を持つ割合が少なかった。さらに「小児の訪問看護の利用を考えたことがあるか」は、医師で37%、病棟婦長は52%、外来婦長は31%、「小児の訪問看護について話題になったことはあるか」は、病棟婦長は35%、外来婦長で17%、医師では15%であった。

訪問看護利用者を経験していない医師は、小児の訪問看護が可能であること自体の認識が低く、さらに情報を持たない結果から、訪問看護の利用を考えつかないという結果は当然導かれるが、外来婦長は、小児の訪問看護が可能であると知っている割合が高いにもかかわらず、利用を考えるのは、訪問看護を必要とする対象が存在しないのか、あるいは情報がないために具体的な援助の方法として選択されないなどが考えられる。病棟婦長では、小児の訪問看護が可能であることを知っている割合は高く、訪問看護の利用を考えたことがある割合が半数を超えているにも関わらず、実際には、小児の訪問看護の情報が乏しいことが、訪問を実現していない結果につながっているとも考えられる。また、行政職の意見において、「主治医が利用を勧めない」という回答があり、それらも影響しているのではないだろうか。

小児の訪問看護利用者との関わりを持っていない回答者では、小児の訪問看護の情報が乏しいことが、訪問看護を具体的に支援方法として視野に入れにくい原因のひとつとなっているのではないかと考えられ、小児の訪問看護に関する情報提供を積極的に行なっていくことが必要であると考えられる。

3) 小児の訪問看護を勧めたいケースの存在

小児の訪問看護を進めたいケースについては、医師、病棟婦長、外来婦長とともに 50%強が『いる』と回答し、行政職でも 43%が『いる』と回答していた。このことより、現在は利用しているケースがいないが、現実には訪問看護の利用が望ましいケースに関わっていることがわかった。この質問項目は、質問紙の最後に方に設定しており、今回提示した一連の訪問看護の機能を読んだ上で、実際にそれらが機能するならば訪問を進めたいと考えて回答したことも考えられ、これらの機能を果せるステーションの存在が多くなっていくことが必要とされているということでもある。

4) 訪問看護の機能の認識と利用の可能性について

訪問看護の機能について、「知っている」割合を全項目で比較すると、23 項目中の平均では医療職は、病棟婦長 13.2 項目、外来婦長 13.3 項目と変わらず、医師が 9.4 項目と少ない結果にあり、医師に訪問看護の機能が知られていない結果となっていた。また行政職全体では 13.6 項目と婦長的回答と同等であったが、職種間の違いが大きく保健所 15.0 項目と全職種の中で最も高いが、福祉事務所 8.9 項目で、直接小児の訪問看護に関与する頻度が少ないためと考えられた。これらの結果をおしなべていえば、関係する職種が、小児の訪問看護で利用可能な機能を、多くは認識していない傾向にあるといえるだろう。また、各機能についての利用も、『機会があれば勧める』といった回答が多く、積極的にその機能の利用を『勧める』と回答された割合が、どの職種においても 70%を超えるものはみられないという結果になった。全体的には病棟婦長は『利用を勧める』という回答が多く、訪問看護の機能全般に期待している程度が高いといえた。医師や行政職では、＜看護サービス＞に関しては利用を進めるという意識が比較的あるものの、他の機能については状況を判断してという回答の傾向がみられた。また、下記に示すように機能の種類によって認識の傾向が異なり、職種によってもその機能の理解が異なることが示されていた。

＜看護サービス＞の機能は全体として認識されている割合が高かった。これは一般に看護として当然行うであろう健康管理や療養上の支援であり、医療者にとっても行政職でも自らが行っていたり、援助がイメージしやすい種類のサービスのためであろう。特に保健所では認識している割合は高く 90%を越えたものが多かったが、これは実際の訪問経験をもっていたり、地域連絡会等などが開催されている場合に把握しやすい内容のためと考えられる。＜看護サービス＞の中でどの職種にも認識されていなかつたのが、「留守番看護」や「外出の援助」であり、一昨年我々が実施した、ステーションに向けての調査でも実施する割合が低い項目であることから¹⁾、本来の訪問看護の役割としてみなされにくい内容であるといえる。また、「精神的な援助」については他の職種は 52%～67%であったのに對し、保健所のみが特に 85%と高く認識していた項目であったが、これは実際の保健所で行っている訪問の機能から関連して考えられたのではないだろうか。

全体的には＜看護サービス＞の認識は高く、一般的に理解されている内容であるにもかかわらず、これらの機能について積極的に『利用を勧める』という回答は「日常生活の援助」において医師の 62%が最高であり、行政職よりも医療職が『利用を勧める』と回答しており、機能の認識に差があった「精神的な援助」においてさえ、最も高い病棟婦長の 57%に比べて、保健所では 26.7%となった。行政職のうち児童相談所や福祉事務所では積極的

に『利用を勧める』という回答が少ないとや、保健所であっても『利用を勧める』回答の少なさは、現実の具体的な機能が知られていないためだけであろうか。

<リハビリテーション>機能の認識については、全体としては保健所が最も高く70%台となつたが、病棟・外来では約半数、医師は20~30%台、児童相談所・福祉事務所は約40%の回答であり、保健所を除いて機能への認識は低かった。さらに積極的に『利用を勧める』かについては、最も多い病棟婦長の回答で52%であり、平均が25%~35%と低い結果となつた。特に「住宅改修や福祉用具・介護用品の活用」の低さは、訪問看護がこの機能について実施可能か否かの判断も加えられたのではないかと考えられる。

<栄養指導>の機能については、その認識が60%を超えておらず、栄養に関する援助が訪問看護の機能として意識されていない現実が示された。また、『利用を勧める』も病棟婦長の回答が多いものの、全般的には低い傾向にあった。「食事療養の指導や栄養補助食品の紹介や手配」「ホームヘルパーや配食サービスの調整」など資源の活用を含んだ機能は認識されにくいとしても、観察判断に含まれるような内容もその認識が低いということは栄養指導やその援助そのものが、訪問看護婦ではなく、さらに専門的な内容を含むと判断されたとも推測される。

<ケアマネージメント>の機能は、退院にともなう体制づくりや、関連機関との調整などは比較的認識されていたが、医師・児童相談所・福祉事務所では全体に低い結果となつた。また、医療職は特に「ケースカンファレンスの開催」について訪問看護ステーションで機能すると認識されていない傾向にあった。これらの結果は、在宅に移行する際、また移行してのちにはとても重要な機能と考えられるが、特に医師からも認識されていないことは、実際の退院時の協力体制づくりにとって、訪問看護の機能が発揮できにくい要因にもなりうる。また、「各種手続きの代行・必要書類の作成」は他の資源の活用やその手続きに関する項目同様認識されにくい項目であることがわかつた。<ケアマネージメント>を積極的に『利用を勧める』という意識は、行政職特に福祉事務所や児童相談所では低く、医療職は退院時の体制づくりや緊急時の体制・相談については比較的期待していることが示されており、地域での体制づくりの期待が高いということが明らかになった。

引用文献

- 1.全国訪問看護事業協会：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

●訪問看護を利用している家族へのアンケート結果

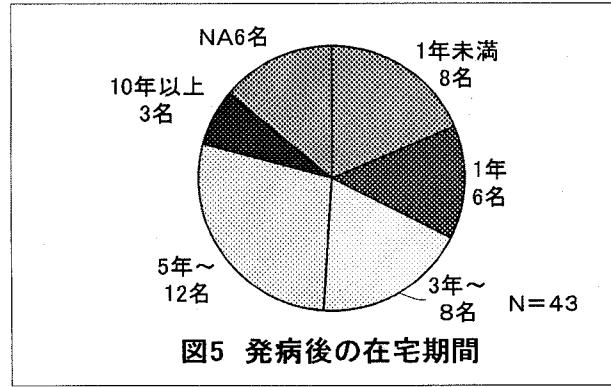
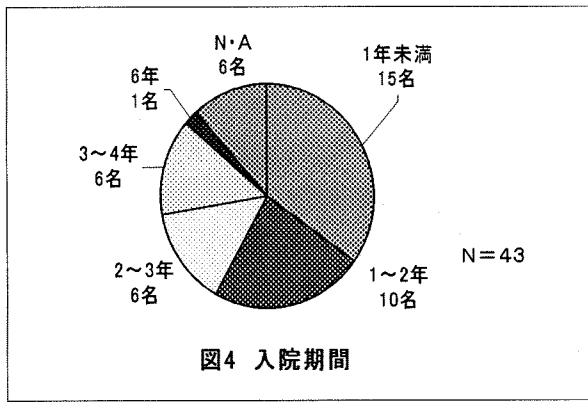
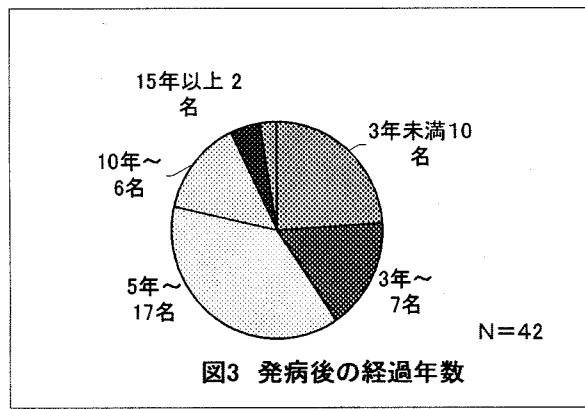
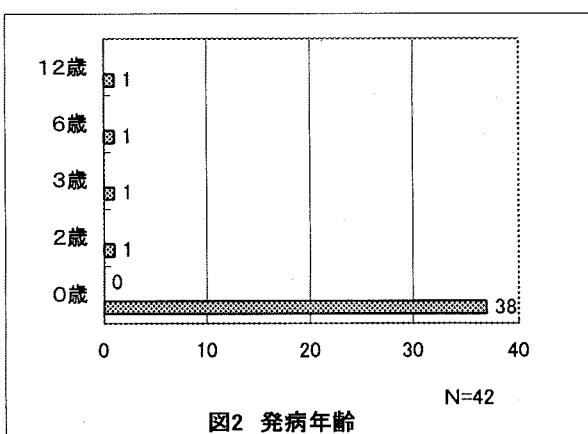
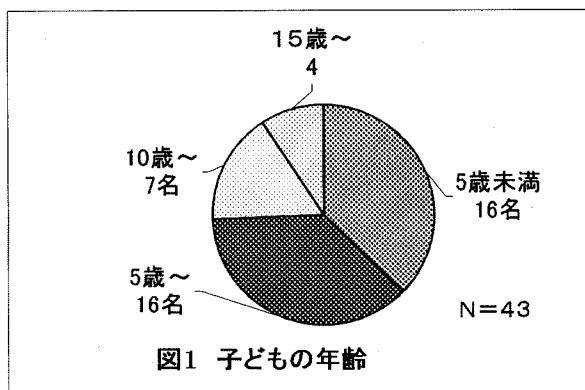
配布数 86 回収 43 (回収率 84%)

1. 在宅療養している子どもの背景

在宅療養している子どもの年齢(図1)は、75%は10歳未満で最年少は10ヶ月で、最年長は17歳であった。

発病年齢(図2)は、90%は0歳で、出生時よりの発病であった。発病後の経過年数(図3)は、40%のご家族が5年以上と答えていた。入院期間(図4)においては、1年未満36%、1年～2年未満24%で、平均は1年から2年未満であった。

発病後の在宅期間(図5)は、10年以上は3名(7%)、1年未満8名(19%)、5年以上10年未満の子どもがもっと多く、12名(27%)であった。



子どもの病名は下記のように書かれており、脳障害、染色体異常、感覚器障害など多岐の疾患であった。

脳性まひ 9 名 てんかん 5 名 水頭症 2 名 ミトコンドリア 2 名 染色体異常 3 名
ネマリンミオパシー、オンディーヌ・カース、高乳酸血症、周期性ACTH、ファロー四候、
喉頭気管・気管支軟化症、亜急性硬化性全脳炎、急性脳後遺症、低酸素性虚血脳症、
原発性肺高血圧症、混合性低換気症候群、先天性代謝異常、交互性片麻痺、二分脊椎、
肺低形成・癒合腎、延髄腫瘍、ミオチューブラーミオパシー

2. 身体障害者手帳・療育手帳等の受給の有無について

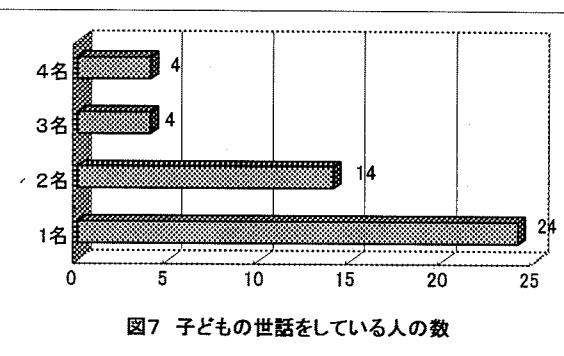
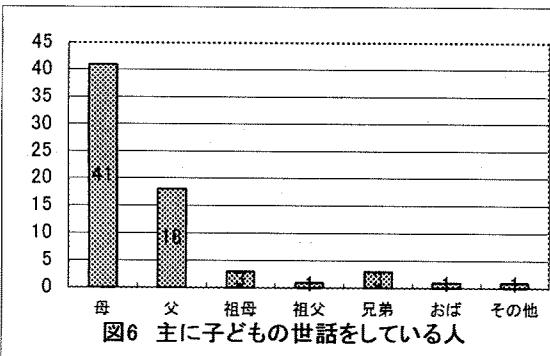
93%の子どもにおいて、身体障害者手帳の交付を受けていた。『いない』は 2 名であった。身体障害者手帳の等級については、87.5%が 1 級であった。

療育手帳については、22 名の 51%が交付されていた。交付をうけていないのは 46.5% であった。

その他の医療費助成については、33 名 (76.7%) が交付を受けていた。他の医療費助成は、「難病」3 名、「小児慢性特定疾患」16 名、「乳（幼）児医療」7 名、「育成医療」4 名、「一人親家庭」については 0 名であった（複数回答）。

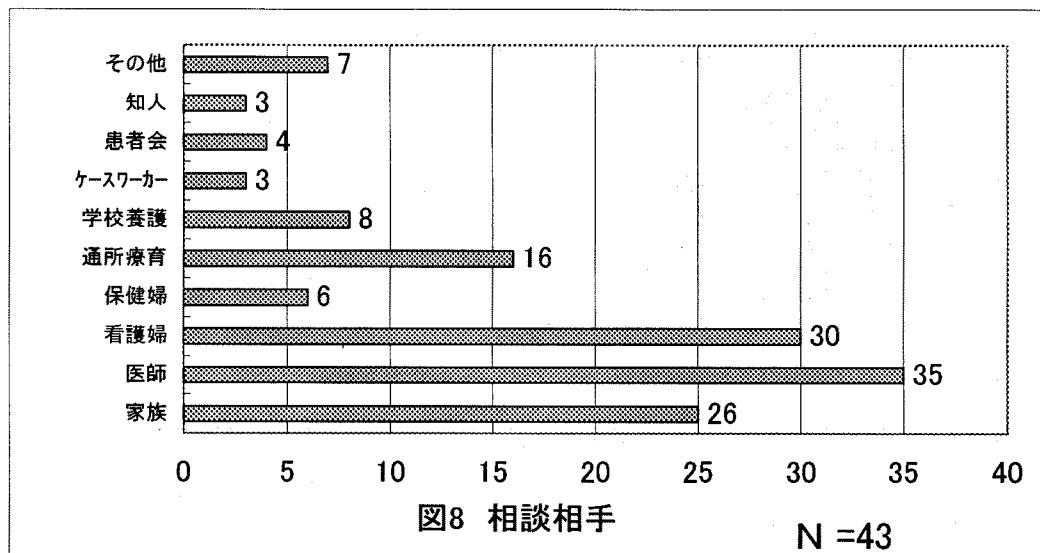
3. 主に子どもを世話をしている人について

約 95% の 40 名は母親が世話をしていると回答していた（図 6、7）。複数回答なので主であるかどうかは不明であるが、2.5 人に一人は父親が世話をしていた。3 歳未満の子どもの父親の 7 割は介護していた。子どもの年齢が高いほど父親の介入が少なかった。



4. 在宅療養上の相談相手について

在宅療養上の相談相手（図 8）は、発病後の経過年数 3 年未満の介護者においては、相談相手として 90% の人が医師を挙げていた。看護師は 40% であった。行政の保健師には、3 年未満の家族は 30%、10 年以上の家族は 30% が相談相手と答えていた。3 年以上、5 年以上、15 年以上の家族は保健師を相談相手としていなかった。5 年以上の 50 ~ 100% の家族は、看護師を相談相手として選んでいた。3~5 年未満の家族は、複数の人に（2~4 人）相談していた。

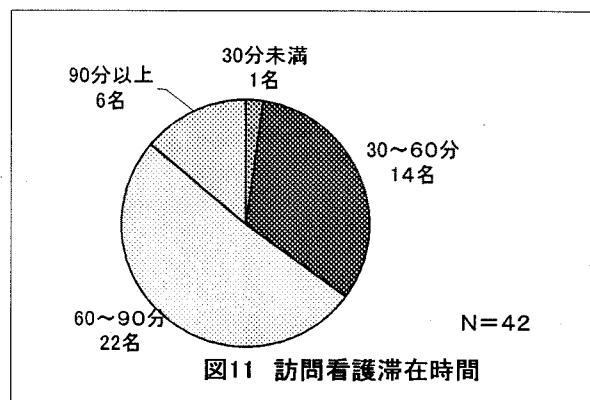
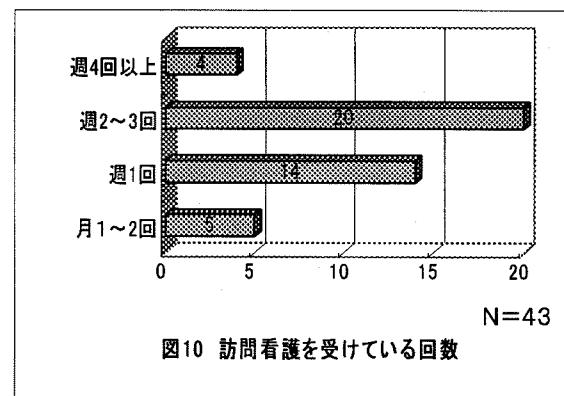
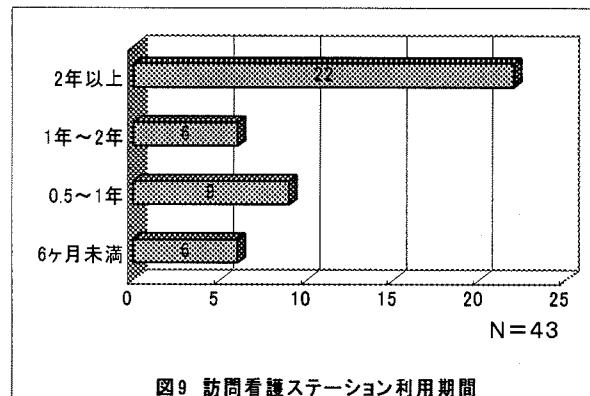


5. 訪問看護の利用について

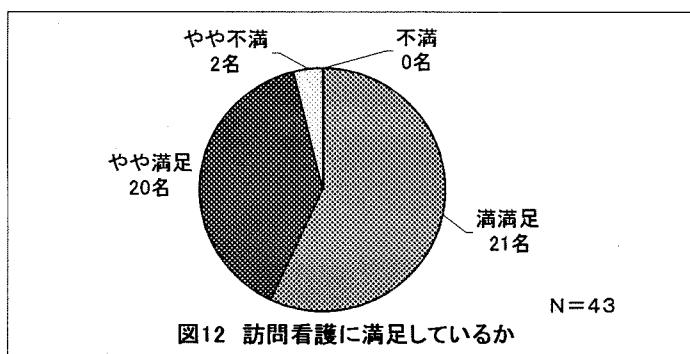
訪問看護の利用期間（図9）は、50%の人が2年以上であった。

訪問看護を受けている回数（図10）は、週2～3回がもっとも多く半数近くであった。発病後の経過年数との相関関係はなかった。

滞在時間について（図11）は、60分から90分未満が51%を占めていた。90分以上は6名の14%であった。



6. 訪問看護の満足度について



現在利用されている訪問看護満足度について（図12）は、約95%が満足していた。

答えを選択した主な理由についての記載欄には、31件の意見が寄せられていた。その内容は、訪問看護に満足していると大多数の人が答えていたが、看護師に対して厳しい意見も目立った。（ ）= 記載件数

① 訪問時間が短い、留守番看護を希望する意見 (7)

2時間以上の訪問滞在時間を望む意見が主流である。なかには、“遊んでもらえないこと”、“訪問時間が1時間と決まっている”と不満を述べている。

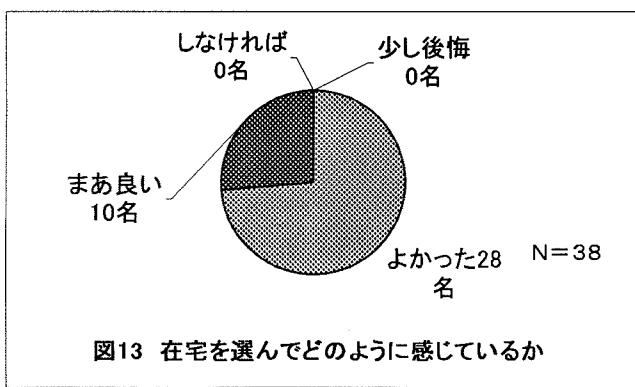
② 緊急対応してもらえない。もらえないこともある。頼みづらいなどの意見。(4)

③ 看護師の知識不足を指摘する意見 (2)

“障害児について知識が不足していると思う”、“医師と違うことを言わると戸惑うことがある”、“体調を崩したときなど頼りにならない”

④ 他に、少数ではあるが、“訪問回数を多く望むが、マンパワー不足から回数を増やしてもらえない”、“機能訓練、吸引をしてもらえない”、“看護師が交代性なので困る”

7. 在宅療養に対してどのように感じているかについて



在宅を選んでどのように感じているかについて（図13）は、『よかったです』が74%、『まあまあよかったです』と答えた人を合わせると100%の家族が良かったという結果であった。

『在宅療養をしなければよかったです』を選択した回答者はいなかったが、答えを選択した主な理由の中からは、複雑で単純に語れるものではない心情が読み取れた（記載件数29件、複数回答）。主なものをまとめると以下のようであった。

9. 訪問看護の利用についての意見 (N=20)

訪問看護に関する自由記述からの意見をまとめると次のようであった。() = 記載数

① 滞在時間の不足 (5) 通院介助をしてほしい・往診してほしい (5)

留守番看護機能のほかに、「通院介助してほしいが時間がかかると断られた」ことや「医療的管理が必要なので、家族一人の通院は無理である。」という記載、それらに関連して、通院困難の環境にあることから、往診医を希望、とくに、病院の医師の訪問を希望していた。

② 親の介護負担が大きい (4)

「在宅が長くなるにつれ、親子共々体調を整えることが難しくなってきます。常に心身とも緊張状態で親の加齢も加わり、慢性の腰痛、睡眠不足・・・です。」「わが子のを守るため精神的負担はかなりのものだと思う。24時間不眠、不休の看護は大変である。そんな中の看護婦さんの存在は大きいと思う。」また「親の精神的ケアを希望します。」という2件の意見があった。「疲れると、わが子を心から愛することができなくなります。」などの意見もあった。

③ 緊急対応・体制の希望 (3)

“今回のアンケートから、緊急対応の存在を知った”という意見もあった。“急なときも対応してもらえる体制にしてほしい。”、“病院に連絡するほどではないが、いつもみてくださっている看護婦さんに、連絡がとれるようになっているとありがたい”、“決められた日しか今は来てもらえないが、緊急な用件が入ったときにも利用できるといいと思う。”、療養者の変化だけではなく、介護者の急用、体調不良時も看護師に来てほしいとの希望があった。

他に、1件ずつではあるが以下の意見があった。

- ・ 小児専門の看護師がもっといればいいと思う。
- ・ 看護師に機能訓練を希望、もっと理学療法、作業療法の知識を持ってほしい。
- ・ 他機関との連絡調整をやってほしい。
- ・ 看護師に吸引とかやってほしい。
- ・ 退院がスムーズにいけるようにサポートして欲しい。
- ・ 夜間訪問してほしい。
- ・ 複数回訪問、連絡がほしい。
- ・ 保健師さんが頼りにならない。もっと、訪問看護師の紹介などをして欲しい。

上記の意見は看護師に対する要望であるが、多くの感謝の言葉も記載されていた。「病院の看護婦さんより、大変だけど・・・私には、日本一、世界一の看護婦さんです。こんな方が一人での多く増えることを望んでいます。」「唯一安心して子供を見てもらえるのは看護婦さんです。とても頼りにしております。」

もっとも少ない利用であった。

看護サービスは、4~6項目（51%）の利用をしている人が最も多かった。

<リハビリテーション>

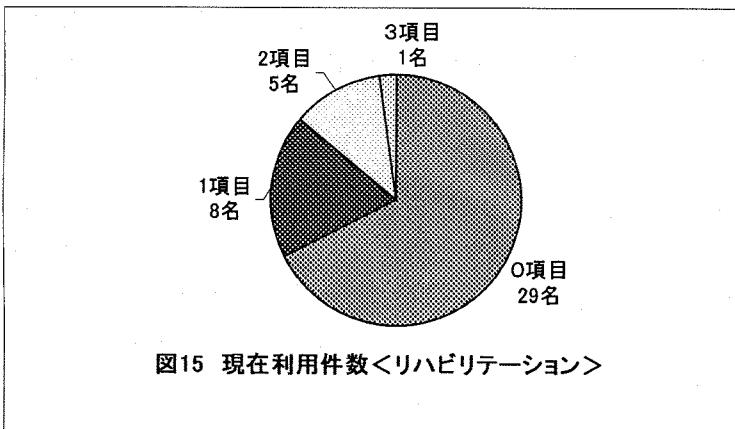


図15 現在利用件数<リハビリテーション>

<リハビリテーション>について（図15）は、「12. リハビリテーションの方法の指導」は11名（25.5%）、「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」は、2名の利用であった。

『機会があれば利用したい』と答えている家族は70%以上である。どの項目にも、『利用していない』と答えた家族は67%であった。

「10. リハビリプログラムの作成・評価・実施」を現在『利用している』人は、8名（18.6%）であった。

<栄養指導>

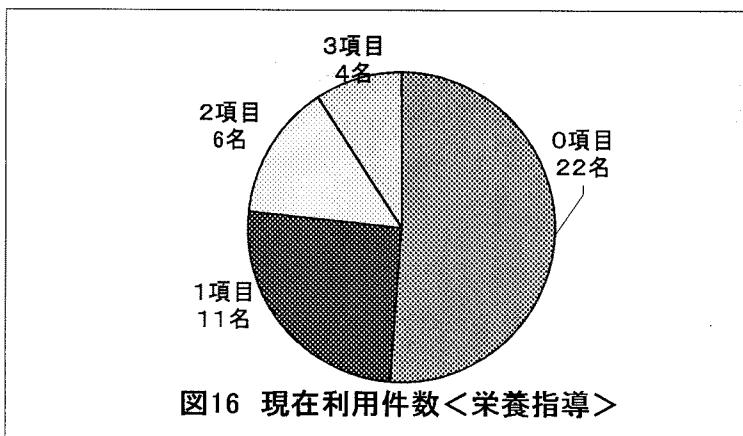


図16 現在利用件数<栄養指導>

<栄養指導>について（図16）は、「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」の項目は、利用している家族はいなかった。他の項目では、20~37%が利用していた。『機会があれば利用したい』と答えている家族は、すべての項目で約50%であった。

<ケアマネジメント>

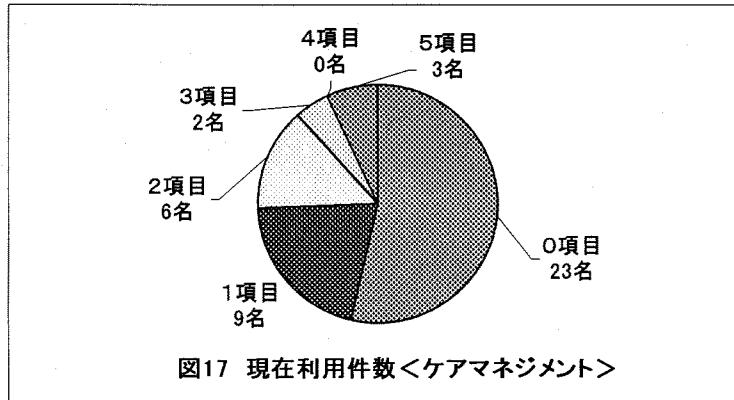


図17 現在利用件数<ケアマネジメント>

<ケアマネジメント>については(図17)、「17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備」の『利用』は8名(18.6%)、「18. 各種関連機関と連絡調整」の『利用』は6名(13.9%)、「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」は1名の『利用』であった。『機会があれば利用したい』と答えている家族は、約70~80%であった。

「22. 緊急時の体制整備のための調整」についての『利用』は、20%強の利用であった。『機会があれば利用したい』と70%の家族が答えていた。緊急対応については、半数以上の家族は利用していなかった。発病経過年数・在宅期間との間では、有意差はみられなかった。

「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」は、『あまり利用したくない』、『利用するつもりはない』と答えている家族は20%以上あった。

<すべての訪問看護機能の利用項目数>

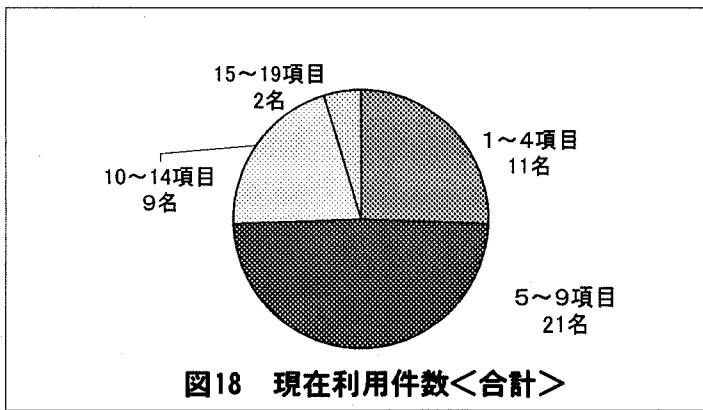


図18 現在利用件数<合計>

<すべての訪問看護機能の利用項目数>については(図18)、『現在利用している』項目数は、5~9項目がもっとも多く48.8%を占めていた。『機会があったら利用したい』と答えている家族は、1項目は1名、4~9項目は9名、10~15項目は22名、16~19項目は11名であった。約半数は、10~15項目について『機会があったら利用したい』と答えていた。

① 介護負担が大きい（7）

「家族と一緒にいられることが一番よかったですが負担が大きすぎます。」精神的な面では、「兄弟の心の問題が大きいです。毎日が鬱うです。」「子どもが成長するに伴い身体的に負担が大きく、将来が不安。」という意見もあった。在宅を選んでよかったですといいながらも、「自分の時間はないし、ぜんぜん外に出られなくてずっとこの生活が続くのかなと悲しくなります。」

② 医療行為について、通学等の施設に改善を求める意見

「医療行為の必要な児は、生きるために絶対必要な行為であるにもかかわらず学校職員、保母もしてくれない。24時間つきっきりで頼る施設もない。これから不安を強く感じている。」

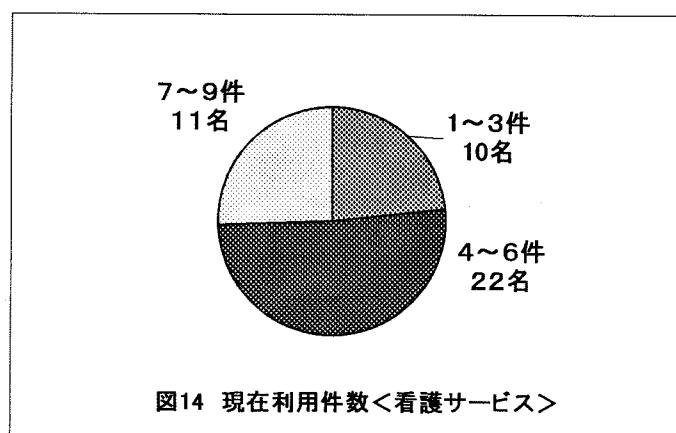
③ 約半数の回答者からは、「運動面、情緒面も明らかに病院にいるときよりもどんどん発達している。」中には、「子供は家族の中で育てるべきで病院の生活は制限もあり、発育に遅れが出る。家でいろんな刺激になったと思う。」「介護負担は大きいが、入院生活と比べると、子供の世話をしながら家のこともでき体が楽になった。」という意見もあった。

④ 「長期に在宅生活をするためには、安心して、安全に暮らせるよう、十分すぎるくらいの心身共へのサポートが必要ではないかと思います。」と現在への不満と先の不安を抱いている意見もあった。

8. 訪問看護ステーション機能

1) 各機能の利用について

＜看護サービス＞



＜看護サービス＞について（図14）は、「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」では、90.6%の家族が利用していた。

『あまり利用したくない』、『利用するつもりはない』と1名ずつ答えていた。

「2. 療養方法や成長発達についての相談・連絡」は27名(62.7%)、「3. 介護方法や療育環境の指導・助言」は32名(74%)、「5. 褥瘡や創傷の処置・管理」は21名(51.1%)、

「6. 日常生活の援助」は27名(62.7%)、「7. 留守番看護」は28名(65.1%)が『利用している』と回答していた。

「8. 精神的な援助」は19名(44.1%)、「9. 外出援助について」は5名(11.6%)と

●訪問看護を利用していない家族へのアンケート結果

病院宛に 65 部送付し、外来で対象となる子どもの家族に配布を依頼した。配布部数は不明であるが、15 部の返送があり、そのうち有効回答 14 部を対象として分析を行った。

1. 回答の対象となった子どもの背景

子どもの年齢は、20か月（1歳8か月）から341か月（28歳5か月）であった。5歳未満は9名（64.3%）、5歳以上11歳未満は3名（21.4%）、20歳以上2名（14.2%）であった（図1）。

発病年齢は、0か月から101か月（8歳5か月）であり、回答のあった13名中7名（53.8%）が0か月で発病しており、3名（23.1%）は6か月以内に、2名（15.4%）は生後1年内に発病していた（図2）。

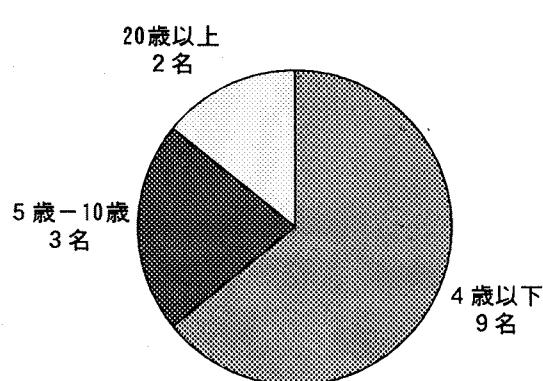


図1 子どもの年齢 n=14

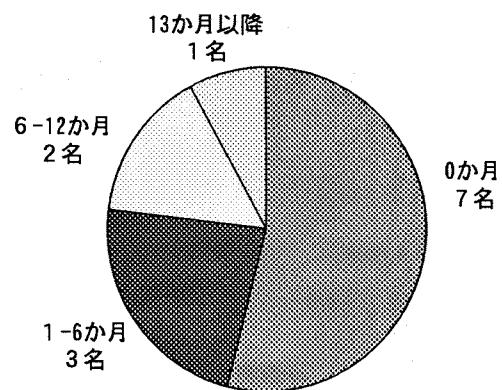


図2 発病時期 n=13

子どもの病名は下記のように書かれており、脳障害、精神・運動障害、呼吸障害、知的障害、感覚器障害、消化器障害などであった。

点頭てんかん、脳性麻痺、レノックスガストー症候群、骨形成不全、気管狭窄、呼吸機能障害、喉頭軟化症、染色体異常、オプソクローヌス・ポリミオクローヌス、亜急性硬化性全脳炎、難聴、ヒルシュスプリング病、脳梗塞 など

発病後の入院経験は14名中13名にあり、発病後に入院経験のない子どもは1名のみであった。また、入院期間はおよそ2.5か月から30か月（2年6か月）であった（表1）。

表1 入院期間 (n=12)

入院期間	1年未満	1～2年未満	2年以上
人数	7	3	2

発病後の在宅期間は5か月から256.5か月と幅が広いが、4歳以下の子ども（8名）では平均18.5か月であった（表2）。

表2 発病後の在宅期間 (n=12)

在宅期間	1年未満	1~3年未満	3年以上
人数	4	4	4

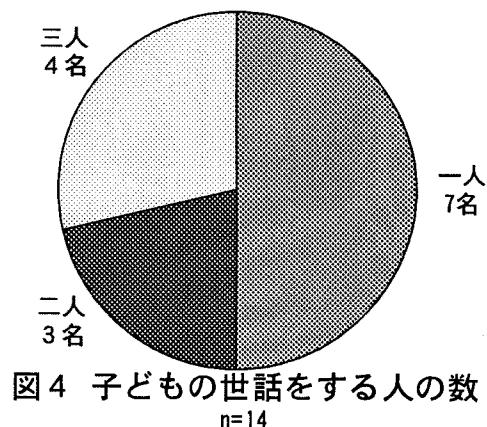
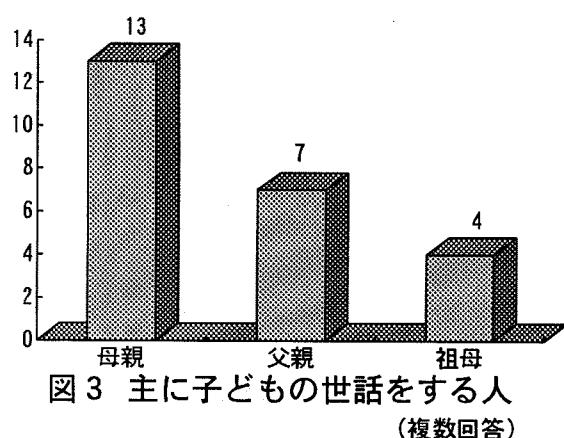
2. 身体障害者手帳・療育手帳・医療費の助成について

身体障害者手帳は14名中11名、療育手帳は14名中5名が交付を受けていた。その他の医療費の助成を受けているものは、13名中11名であった。医療費の種類は、乳(幼)児医療5名、小児慢性特定疾患4名、育成医療2名であり、難病、一人親家庭の助成を受けているものはいなかった。

3. 主に子どもの世話をする人

主に子どもの世話をする人として14名中13名(92.9%)が母親をあげていた。次いで、父親を7名(50%)、祖母を4名(28.6%)があげていた。主に子供の世話をする人として、母親・父親・祖母以外は皆無であった。(図3)

主に子どもの世話をする人の人数は一人が7名、二人が3名、三人が4名で、平均1.79人であった。(図4)

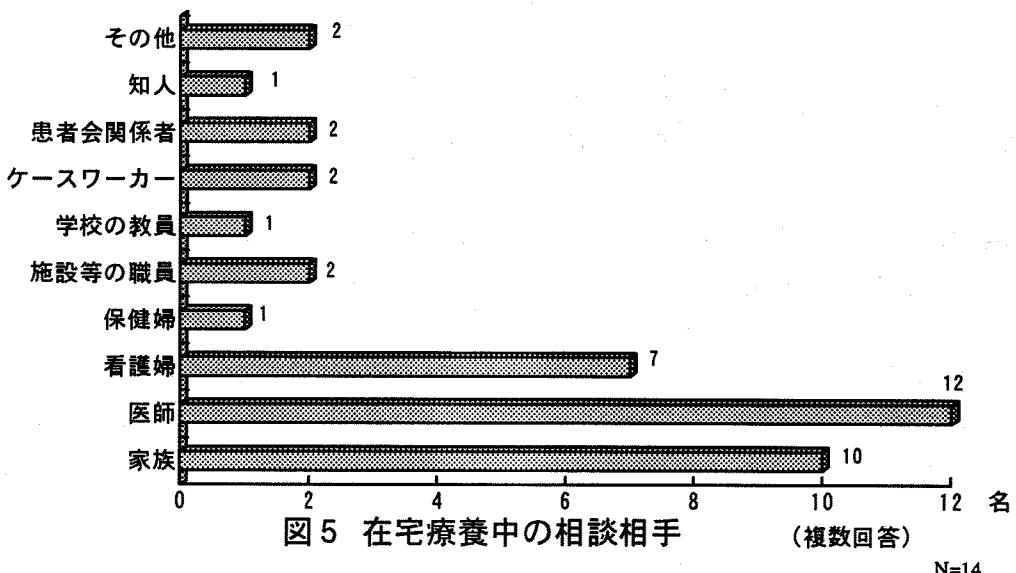


4. 在宅療養上の相談相手について

子どもの世話をする上で相談する相手として最も多かったのは医師であった。14名中12名が医師を選んでいる。次いで、家族10名、看護婦7名、通所施設・療育センターなどの職員、ケースワーカー、患者会関係者がそれぞれ2名であった(図5)。

5. 訪問看護について

訪問看護の利用の経験は、14名が全員なかった。また、小児の訪問看護を『知っている』のは13名中2名であり、2名とも“紹介された”ことによって知っていた。さらに、紹介されても利用しなかった理由として、1名は“家族で世話できるため必要なかった”および“他人が家庭に入るのが煩わしかった”を挙げ、他の1名は“家族で世話できるため必要なかった”を挙げていた。



6. 訪問看護の機能の利用について

訪問看護の機能の利用について、今後利用する気持ちの程度を『1. 利用するつもりはない』『2. あまり利用したくない』『3. 機会があれば利用したい』『4. 利用してみたい』の4段階で尋ねた。

1) <看護サービス>について

<看護サービス>9項目についての結果は、表3の通りである。

積極的に『利用してみたい』と答えた人数が多かったのは、「8. 精神的な援助」5名(35.7%)、「6. 日常生活の援助」4名(33.3%)および「9. 外出の援助」4名(30.1%)であった。

逆に『利用するつもりはない』が多い項目は「4. 医療機器の管理・点検・指導」4名(30.8%)であった。

『利用してみたい』『機会があれば利用したい』を{利用希望群}、『あまり利用したくない』と『利用するつもりはない』を{利用不要群}として比較すると、{利用希望群}が多い項目は「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡」10名(76.9%)と「2. 療育方法や成長発達についての相談・連絡」10名(83.3%)であった。また、9項目全てにおいて、{利用不要群}の該当者はすべて4歳以下の子どもをもつ家族であった。

<看護サービス>9項目のうち、積極的に『利用してみたい』と答えた数をみると、0個が7名、1-3個が5名、6-8個が2名であった。さらに、0個7名の子どもの年齢は5歳以下であった。

表3 訪問看護の機能 <看護サービス>

訪問看護の機能 <看護サービス>	n =	利用してみたい	機会があれば利用したい	あまり利用したくない	利用するつもりはない
1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡	13	1	9	1	2
2. 療育方法や成長発達についての相談・連絡	12	1	9	1	1
3. 介護方法や療育環境の指導・助言	12	2	6	3	1
4. 医療機器の管理・点検・指導	13	3	4	2	4
5. 摔瘡や創傷の処置・管理	13	2	5	3	3
6. 日常生活の援助	12	4	3	2	3
7. 留守番看護	12	3	5	1	3
8. 精神的な援助	14	5	7	1	1
9. 外出の援助	13	4	4	3	2

2) <リハビリテーション>について

<リハビリテーション>3項目についての結果は、表4の通りである。

積極的に『利用してみたい』と答えた人数が半数を超えたのは、「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価」8名(61.5%)、「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」6名(50%)であり、残りの「12. リハビリテーションの方法の指導」も5名(38.5%)であった。

逆に『利用するつもりはない』との答えがあったのは「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」1名のみであった。

{利用希望群}と{利用不要群}を比較すると、リハビリテーションに関しては{利用希望群}が圧倒的に多く、「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価」と「12. リハビリテーションの方法の指導」がともに13名(100%)であり、残る「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」においても、{利用希望群}は11名(91.7%)であった。

<リハビリテーション>3項目のうち、積極的に『利用してみたい』と答えた数をみると、0個が4名、1個が2名、2個が4名、3個全てを選んだものが3名であった。さらに、0個4名の子どもの年齢は5歳以下であった。

表4 訪問看護の機能 <リハビリテーション>

訪問看護の機能 <リハビリテーション>	n =	利用してみたい	機会があれば利用したい	あまり利用したくない	利用するつもりはない
10. リハビリプログラムの作成・実施・評価	13	8	5	0	0
11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用	12	6	5	0	1
12. リハビリテーションの方法の指導	13	5	8	0	0

3) <栄養指導>について

<栄養指導>4項目についての結果は、表5の通りである。

積極的に『利用してみたい』と答えた人数が多かったのは、「13. 栄養状態・摂取能力の

把握と問題分析」と「16. 摂取能力の低下した児への対応や指導」がともに4名(30.8%)であった。

逆に『利用するつもりはない』との答えが多かったのは「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」4名(33.3%)であった。

{利用希望群}と{利用不要群}を比較すると、<栄養指導>に関しては{利用希望群}が多い傾向にあり、半数を超えていた項目は4項目中3項目「13. 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析」11名(84.6%)「14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配」7名(58.3%)「16. 摂取能力の低下した児への対応や指導」10名(76.9%)であった。残る「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」も5名(41.7%)が{利用希望群}であった。

<栄養指導>4項目のうち、積極的に『利用してみたい』と答えた数をみると、0個が7名、1個が3名、2個が1名、4個全てを選んだものが2名であった。さらに、0個7名の子どもの年齢は5歳以下であった。

表5 訪問看護の機能 <栄養指導>

訪問看護の機能 <栄養指導> n =	利用して みたい	機会があ れば利用 したい	あまり利 用したく ない	利用する つもりは ない
13. 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析	13	4	7	0
14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配	12	3	4	2
15. ホームヘルパーや配食サービスの調整	12	2	3	3
16. 摂取能力の低下した児への対応や指導	13	4	6	0

4) <ケアマネージメント>について

<ケアマネージメント>7項目についての結果は、表6の通りである。

積極的に『利用してみたい』と答えた人数が半数を超えたのは、「23. 24時間電話による相談体制・緊急訪問」6名(54.5%)、「22. 緊急時の体制整備のための調整」6名(50.0%)、であった。

逆に『利用するつもりはない』との答えは「17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備」「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」「20. ケースカンファレンスの開催」「22. 緊急時の体制整備のための調整」の4項目でみられたが、それぞれ1~2名であった。

{利用希望群}と{利用不要群}を比較すると、7項目全ての項目で{利用希望群}が半数を超え、「23. 24時間電話による相談体制・緊急訪問」10名(90.9%)、「22. 緊急時の体制整備のための調整」10名(83.3%)、「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成」9名(81.8%)、「20. ケースカンファレンスの開催」9名(75.0%)、「17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備」8名(72.8%)、「18. 各種関連機関と連絡調整」9名(69.2%)、「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」8名(61.5%)であった。

<ケアマネージメント>7項目のうち、積極的に『利用してみたい』と答えた数をみると、0個が3名、1個が3名、2個が4名、3個が2名、7個全てを選んだものが1名であった。さらに、0個3名の子どもの年齢は5歳以下であった。

表6 訪問看護の機能 <ケアマネージメント>

訪問看護の機能 <ケアマネージメント>	n =	利用してみたい	機会があれば利用したい	あまり利用したくない	利用するつもりはない
17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備	11	2	6	1	2
18. 各種関連機関と連絡調整	13	5	4	4	0
19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整	13	1	7	4	1
20. ケースカンファレンスの開催	12	1	8	1	2
21. 各種手続きの代行・必要書類の作成	11	3	6	2	0
22. 緊急時の体制整備のための調整	12	6	4	1	1
23. 24時間電話による相談体制・緊急訪問	11	6	4	1	0

5) 訪問看護の機能 23 項目について

訪問看護の機能 23 項目について、積極的に『利用してみたい』と答えた項目数は 0 個から 22 個であった。その内訳は、0 個 2 名、1-3 個 4 名、4-6 個 3 名、7-15 個 4 名、22 個 1 名であった（図 6）。

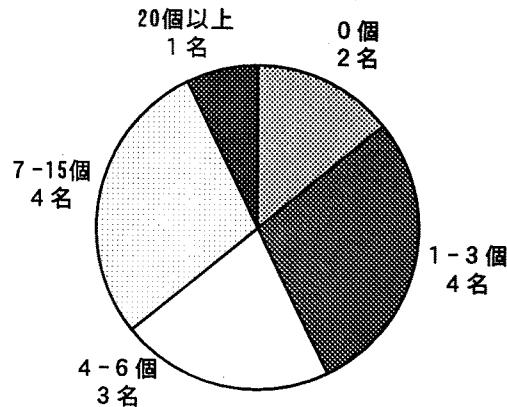


図 6 訪問看護機能を利用したい数 n = 14

7. 小児の訪問看護の利用についての意見

14 名中 6 名の記載があった。

訪問看護を利用していない理由として、

- ・今後必要になると思うが、今は必要ない
- ・今のところ家族で（介護が）できているのであまり必要性が感じられない

と、現在必要ではないため利用していないという理由の他、

- ・訪問看護の情報は少ない
- ・訪問看護のことがもっとわかるように PR して欲しい
- ・簡単に利用できるようにして欲しい
- ・退院時調べたが訪問看護は利用できなかった

など、訪問看護については、まだあまり知られておらず、情報が不足していること、また、利用に関しても難しいという意見があった。また、

- ・利用している親からよい話を聞いたことがなく、利用に至っていない
- ・親にとってのよりどこで信頼したいし、利用したいし、できればと思います
- ・吸引にはとても気を使つており、(中略)他の人に我が子を任せることは今はとても考えられません
- ・お互いの信頼関係はとても重要

と、訪問看護師との信頼関係を重視、あるいは危惧している意見もあり、訪問看護の利用に影響を及ぼしていると考えられる。

訪問看護に望むこととしては、上記で述べた信頼関係の他に、

- ・病院などの外出の援助のサポート
 - ・リハビリや家での過ごし方などの情報を得るためのサポート
 - ・入院中から退院に向か不安なく移行できるよう各方面からのサポートを希望
 - ・家族の精神的負担が軽減されるような配慮を期待
 - ・注射器やチューブなどの医療材料を購入したり、医療器具の情報を得るために
- などが具体的にあがつていた。

●訪問看護ステーションへのアンケート結果

配布数 94 回収数 41 (回収率 43.6%)

1. 訪問看護ステーションの背景

1) 設置主体 (表1)

医療法人が 1 番多く 39.0%、次いで医師会が 17.1%、社会福祉法人と看護協会が 12.2% であった。その他の回答では財団法人が 2 ケ所、特別医療法人 1 カ所、医療生協立が 1 カ所であった。

表1 設置主体 (%)

医療法人	16(39.0)
医師会	7(17.1)
社会福祉法人	5(12.2)
看護協会	5(12.2)
国・地方公共団体	2(4.9)
民間会社	1(2.4)
その他	4(9.8)
無回答	1(2.4)
計	41(100.0)

2) 所属職員の特性

(1) 看護職

①看護職員数

それぞれの訪問看護ステーションに所属する看護職員数の内訳は表 2 の通りである。

表2 看護職員数とその内訳

	最小人数	最大人数	平均
看護職(n=41)	3	20	7.6 人
常勤 (n=41)	1	8	3.9
非常勤(n=34)	1	15	4.4
看護婦(n=41)	1	15	6.9
常勤 (n=41)	1	8	3.6
非常勤(n=33)	1	15	4.1
准看護婦(n=14)	1	3	1.4
常勤 (n= 7)	1	2	1.1
非常勤(n= 7)	1	3	1.7
保健婦(n= 6)	1	2	1.2
常勤 (n= 4)	1	2	1.3
非常勤(n= 2)	1	1	1.0

n=『いる』と回答のあったステーション数

准看護師は常勤・非常勤とも、『いる』との回答があったステーションは7ヶ所で、これは全て別のステーションであった。

保健師では常勤が『いる』との回答があったステーションは4ヶ所のみであった。非常勤がいるとの回答があったステーションは2ヶ所で、常勤がいる所とは異なる事業所であった。

②小児看護の臨床経験をもつ看護スタッフの有無（表3）

小児看護の臨床経験をもつ看護スタッフが『いる』と回答したのは28ヶ所であり、1名～5名で平均2.0名であった。無回答が1カ所あった。

表3 小児看護の臨床経験をもつ看護スタッフ（N=28）

人数	ステーション数
1名	14
2名	7
3名	3
4名	1
5名	3
合計	28

(2) 看護職員以外の職員（表4）

表4 看護職員以外の職員数（『いる』と回答されたステーション数） N=41

職種	ステーション数	平均職員数
理学療法士	15	2.2人
常勤	5	1.3
非常勤	12	2.2
作業療法士	8	1.8
常勤	5	1.2
非常勤	5	1.6
ソーシャルワーカー	0	
介護福祉士	0	
事務職	26	1.4
常勤	16	1.1
非常勤	16	1.2
その他	6	

理学療法士の常勤がいると回答したステーションは6ヶ所で、非常勤は12ヶ所であり、その内常勤・非常勤の両方がいると回答したステーションが2ヶ所あった。

作業療法士の常勤がいると回答したステーションは5ヶ所で、非常勤は5ヶ所であり、その内常勤・非常勤ともにいると回答したステーションが2ヶ所あった。

ソーシャルワーカーや介護福祉士は常勤・非常勤とも所属しているステーションはなかった。

事務職の常勤が『いる』と回答したステーションは16ヶ所で、非常勤は16ヶ所であり、そのうち常勤・非常勤が共にいるとの回答をしたステーションが5ヶ所であった。

その他の回答があったステーションは6ヶ所で、介護支援専門員の常勤が1ヵ所、ケアマネージャーの常勤・非常勤が2ヶ所、雑務の非常勤が1ヵ所、助産師の常勤が1ヵ所、歯科衛生士の常勤が1ヵ所であった。

2. 小児の訪問看護の経験

『現在行っている』との回答があったのは24ヶ所(58.5%)、『現在は行っていないが、今後行なうつもりである』との回答があったのは15ヶ所(36.6%)、無回答が2ヶ所であった。小児の臨床経験をもつ看護スタッフがいないと回答した12ヶ所のステーションのうち、6ヶ所(50%)のステーションで現在小児の訪問看護を行っているとの回答があった。

3. 訪問看護の機能(表5)

各機能について『提供できる』との回答が多かったのは、「6. 日常生活の援助(92.7%)」、「5. 褥瘡や創傷の処置・管理(90.2%)」、「1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡(87.8%)」、「8. 精神的な援助(87.8%)」であり、これらは全て<看護サービス>の項目であった。さらに<看護サービス>の項目では、「4. 医療機器の管理・点検・指導」、「7. 留守番看護」、「9. 外出の援助」以外の6項目で80%を超えていた。逆に“提供できない”との回答が1割を超えた項目は、「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」と「23. 24時間電話による相談体制・緊急訪問」が15.0%、「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」と「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価」が12.2%、「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成(10.3%)」、「20. ケースカンファレンスの開催(10.0%)」であり、<ケアマネジメント>の項目に多く見られた。

『条件が整えば提供できる』との回答で3割を超えていた項目は、「7. 留守番看護(48.8%)」、「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価(41.5%)」、「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成(38.5%)」、「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整(35.0%)」、「18. 各種関係機関との連絡調整」と「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」が32.5%であり、<栄養指導>と<ケアマネジメント>の項目に多く見られた。

『訪問看護の機能として捉えていない』との回答があった項目は、10項目で、多い順に「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成(17.9%)」、「9. 外出の援助(10.0%)」、「7. 留守番看護」と「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」が9.8%、「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」と「20. ケースカンファレンスの開催」が7.5%、「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整(5.0%)」、「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価(4.9%)」、「14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配」と「18. 各種関係機関との連絡調整」が2.5%であった。

■ 提供できる ▨ 条件が整えば提供できる □ 提供できない □ 機能として捉えていない

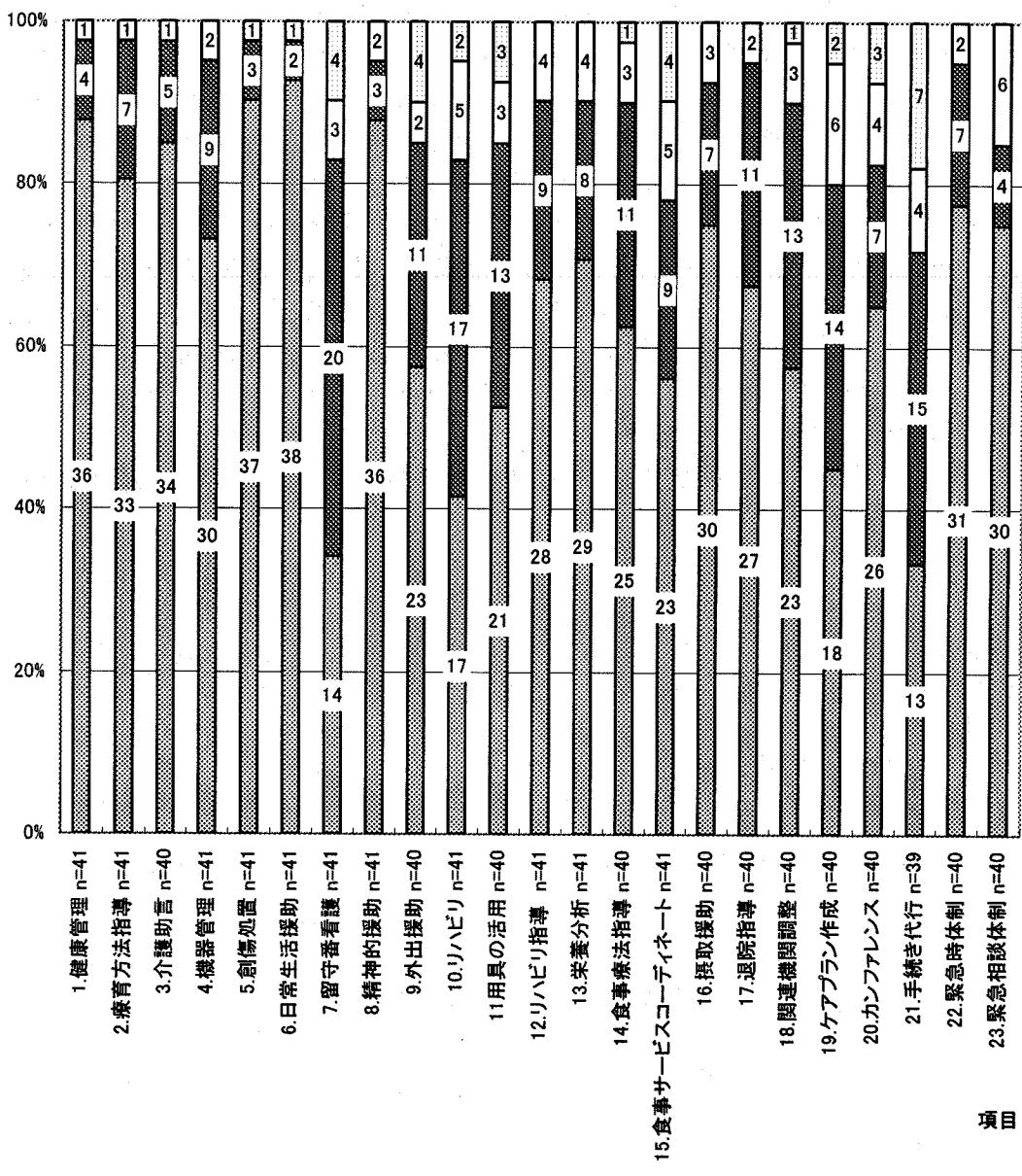


図1 訪問看護の機能の提供

項目

4. 機能を提供するための条件とできない理由

1) 機能を提供するための条件 (表 6)

『条件が整えば提供できる』との回答があった項目の条件は、「7. 留守番看護」では、18名からの回答があり、そのうち8件に“時間”があげられ、“スタッフ不足”が5件あった。「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価」では、13名から回答があり、“OTまたはPTがいない”が13件で最も多かった。その他には、“小児の需要が少なくシステム化していない”などの意見もあった。「21. 各種手続きの代行・必要書類の作成」では、10名から回答があり、“知識・情報不足”が4件、その他“代行できる書類と出来ない書類がある”、“仕事の中に含まれず、やるとすればボランティア”等が挙げられていた。「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」では、9名から回答があり、“スタッフの研修・教育・人材”、“地域サービスに限界がある”などが挙げられていた。「18. 各種関係機関との連絡調整」では7名より回答があり、「19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整」とほぼ同じ条件が出されていた。「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」では8名より回答があり、PT、OTとの連携が挙げられていた。

どの項目もスタッフ不足や知識不足が挙げられたおり、スタッフの研修や勉強が必要との回答が見られた。

表 6 機能を提供するための条件

() = 記載件数、複数回答

1. 健康状態や病状 の観察・健康管理 ・連絡 n=2	小児病棟等での臨床経験はないが今後研修などにも積極的に臨みながら自信をつけたい。 在宅支援に意欲のある医師の確保 スタッフとの合意であれば可能
2. 療育方法や成長 発達についての相談 ・連絡 n=4	研修が必要 (2) ・小児病棟等での臨床経験はないが今後研修などにも積極的に臨みながら自信をつけたい。 ・養育状況、成長発達についての研修が必要。 その他 ・毎月の訪問依頼がなく、定期的に訪問できていない。重心の助成制度が整えば毎月定期訪問ができると思われる。 ・在宅支援に意欲のある医師の確保。 ・スタッフとの合意であれば可能
3. 介護方法や療育 環境の指導・助言 n=4	研修が必要 (3) ・スタッフがある程度、教育等できれば ・学習が必要な場合もあると思われる
4. 医療機器の管理 ・点検・指導 n=7	医療機器の知識や取り扱いができればできる (6) ・機械についての知識乏しい (2) ・小児の人工呼吸器の取扱いをしたことがないが、退院前に看護、医師等から指示、説明を受けければ提供は可能と考える ・研修・講習を受ける必要がある (3) その他 ・管理・点検は業者がメインでやっているのが現状。確認は訪問時に行なっている。
5. 褥瘡や創傷の 処置・管理 n=1	衛生材料が用意できること

7. 留守番看護	n=18	<p>料金 (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オプション料金の理解を得られれば可能 ・料金設定をすれば可能 ・料金的なことが合えば <p>時間 (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間等に限りがある (2) ・時間など ・家族の希望時間と対応できる Ns. の時間が合えば提供している ・訪問時間以上 (1 時間半～2 時間) の留守番は時間的に困難。訪問時間内なら可能 (2) ・時間と都合がつけば可能である。 ・時間の指定や範囲をきちんと決めていれば可能 <p>スタッフ不足 (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対応出来るスタッフの人員が不足している ・スタッフが不足している (3) ・小児看護の経験が少ない看護婦が多い為、所内・外の研修等で教育後であれば可能 <p>その他 (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要性を感じているが、まだ取り組んでいない。 ・ST の状況と児が母が外出していない事をうけいれれば ・利用者の希望がどの程度かが、予測できない
8. 精神的な援助	n=1	どこにどのような専門機関があるのかを把握する必要がある
9. 外出の援助	n=5	<p>料金設定がされればできる (2)</p> <p>スタッフの余裕ができれば可能 (2)</p> <p>福祉車両はヘルパー手配は可能</p> <p>情報提供程度ならできる</p> <p>時間的兼ね合いがあえば可能</p> <p>必要性を感じているが、まだ取り組んでいない</p>
10. リハビリプログラム の作成・実施・評価	n=13	<p>P T、O Tがいない (13)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問できる P Tを兼備していない ・小児経験の P T、O Tがいない ・現在 P Tだけ ・現在 P T、O Tは母体病院しか勤務していないため、訪問に出てもらえるかが問題 ・併設病院 P T、O Tとのスケジュール ・児童相談所の P T、O Tらと動向、訪問の調整ができれば行う。 又、定期的な指導もしてもらえるならできる <p>現在小児の需要がなくシステム化していない</p> <p>状況のイメージが出来ない。</p> <p>対象者がいれば可能と思われる</p>
11. 住宅改修や福祉用 具・介護用具等の活用	n=8	<p>P T、O Tから指導・連携がとれることが条件 (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・義肢・装具専門員などと連携がとれれば <p>スタッフ不足 (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児経験の P T、O Tがいない <p>知識を深める必要がある (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児のリハビリについての研修や勉強を積んでから対応したい <p>現在小児の需要がなくシステム化していない</p> <p>使用状況のモニターは実施したことがない</p>
12. リハビリテーション の方法の指導	n=6	<p>P T、O Tから指導・評価をうけることが条件 (4)</p> <p>P T、O Tがいない (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児経験の P T、O Tがいない

13. 栄養状態・摂食能力の把握と問題分析 n=6	栄養士による協力も必要（5） ・栄養士等と連携がとれれば ・栄養士の助けがあれば今後可能と思う（2） ・保健婦又は、管理栄養士との連携による 現在そのような相談がないため
14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配 n=6	栄養士等と連携がとれれば（3） 知識を深める必要がある（2） 現在そのような相談がないため
15. ホームヘルパーや配食サービスの調整 n=5	福祉事務所担当者との話し合いでどちらが手配をするか等を決めてい る 地域の福祉サービス関係者が受けてくれればできる 地域でのサービス体制が現在無理な現状 時間的に難しい 現在そのような相談がないため
16. 摂食能力の低下した児への対応や指導 n=1	研修が必要
17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備 n=8	病院との連携・連絡体制（3） ・病院の主治医・病棟婦長・担当看護婦との連携が必要 ・病院との連絡体制が整っていない ・入院先の病院より連絡があれば（退院前に）情報提供は可能 情報収集と研修が必要 スタッフの教育、人材の問題 各種関連機関が小児の受け入れについてどの程度可能かによる 現在こののような相談がないため 時間
18. 各種関連機関と連絡調整 n=7	スタッフの教育、人材の問題（2） ・情報収集と研修が必要 各種関連機関が小児の受け入れについてどの程度可能かによる 必要に応じて主体的に家族が動けるよう指導し、相談にのる 現在家族で行なわれている為 ケアマネージャーはいない 時間
19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整 n=9	スタッフの教育、人材の問題（3） ・情報収集と研修が必要 ・余裕がない（保健婦に依頼するようになると思う） 地域サービスに限界がある（3） ・各種関連機関が小児の受け入れについてどの程度可能かによる ・小児のサービスは老人に比べ量が少ないので、希望する通りは難 しいと思うが、各機関との調整などは可能と思う。 ケアマネージャーはいない 行政でなくとも行なって良いのであれば可能 時間
20. ケースカンファレンスの開催 n=4	他機関の都合が合えば可能 各種関連機関が小児の受け入れについてどの程度可能かによる 保健婦に依頼するようになると思う。余裕がない。 時間

21. 各種手続きの代行・必要書類の作成 n=10	知識が不足している（情報不足）(4) <ul style="list-style-type: none"> ・小児に関連した手続きを全部知っているとは言い難いが相談しながらは作成可能 ・依頼にて代行は可能であるが、必要書類等は私達ではわからない ・スタッフの教育、人材の問題 代行できる書類とできない書類がある 各種関連機関が小児の受け入れについてどの程度可能かによる 家族ができない理由を明確にした上で、だれが行なうかのコーディネート 余裕がない（保健婦に依頼するようになると思う） 現状の訪問看護の仕事の中に含まれていない（無料ボランティアでやることになる） 時間
22. 緊急時の体制 整備のための調整 n=3	スタッフの教育、人材の問題 各種関連機関が小児の受け入れについてどの程度可能かによる 現在そのような相談がないため
23. 24時間電話による相談体制・緊急訪問 n=2	スタッフの教、人材の問題 スタッフが4人のため、家とステーションとの距離の問題がある

2) 提供できない理由（表7）

『提供できない』との回答があつた項目の理由としては、どの項目も同じステーションが答えていたものが多いため、理由もほぼ同じであり、“人材がいない”、“小児科を標榜していない”、“自信がない”、“方法をよく知らない”などが挙げられていた。これらとは別の理由を挙げている項目には「10. リハビリプログラムの作成・実施・評価」で“PT、OT訓練士がいればできる”や「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」では、“費用がかかる”、“児童福祉課のケースワーカーがコーディネートしている”などが挙げられていた。また、“地域によるサービスの充足や制度化”などが挙げられていた。

表7 提供できない理由

() = 記載件数、複数回答

1. 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
2. 療育方法や成長発達についての相談・連絡 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
3. 介護方法や療育環境の指導・助言 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
4. 医療機器の管理・点検・指導 n=2	人材がいない 経験不足がある 背景に小児医療を標榜していない
5. 褥瘡や創傷の処置・管理 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
6. 日常生活の援助 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
7. 留守番看護 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない

8. 精神的な援助 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
9. 外出の援助 n=1	人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
10. リハビリプログラムの作成・実施・評価 n=3	人材がいない 今まで行なった事がないので、自信がない 背景に小児医療を標榜していない 地域の中に小児のPT、OT訓練士がいればできると思う
11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用 n=2	人材がいない 今まで行なった事がないので、自信がない 背景に小児医療を標榜していない
12. リハビリーションの方法の指導 n=3	人材がいない 小児のリハビリに対する知識の不足 今まで行なった事がないので、自信がない 背景に小児医療を標榜していない
13. 栄養状態・摂食能力の把握と問題分析 n=3	人材がいない 統計だけで取り組んでいない 今まで行なった事がないので、自信がない 背景に小児医療を標榜していない
14. 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配 n=2	人材がいない 今まで行なった事がないので、自信がない 背景に小児医療を標榜していない
15. ホームヘルパーや配食サービスの調整 n=4	人材がいない 今まで行なった事がないので、自信がない 背景に小児医療を標榜していない 費用がかかる 児童福祉課のケースワーカーがコーディネートしている
16. 摂食能力の低下した児への対応や指導 n=3	人材がいない 今まで行なった事がないので、自信がない 背景に小児医療を標榜していない
17. 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備 n=3	行なったことがなく方法をよく知らない 人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
18. 各種関連機関と連絡調整 n=3	行なったことがなく方法をよく知らない 人材がいない 当地域ではサービスが充足していない、又制度化もされていない 背景に小児医療を標榜していない
19. ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整 n=5	行なったことがなく方法をよく知らない 人材がいない 当地域ではサービスが充足していない、又制度化もされていない 背景に小児医療を標榜していない ケアマネ資格者はいるが、事業所として活動していない 行政側が中心的な役割をしている
20. ケースカンファレンスの開催 n=4	行なったことがなく方法をよく知らない 人材がいない 当地域ではサービスが充足していない、又制度化もされていない 背景に小児医療を標榜していない 主催とまでは行かない
21. 各種手続きの代行・必要書類の作成 n=2	行なったことがなく方法をよく知らない 人材がいない 背景に小児医療を標榜していない

22. 緊急時の体制 整備のための調整 n=2	行なったことがなく方法をよく知らない 人材がいない 背景に小児医療を標榜していない
23. 24時間電話による 相談体制・緊急訪問 n=5	行なったことがなく方法をよく知らない 人材がいない(2) ・常勤Ns.が少ない為現在はしていない 背景に小児医療を標榜していない 当ステーションの体制が整っていない為

3) 訪問看護の機能として捉えていない理由

『訪問看護の機能として捉えていない』の理由がいくつか記載されており、「11. 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」の機能では“連絡調整はするが、それ以上は訪問看護の機能ではない”、“介護保険でいえばケアマネの仕事では?”、「15. ホームヘルパーや配食サービスの調整」の機能では“サービス内では負担が多い”などが挙げられていた。

5. 小児の訪問看護を提供していくことに関する意見より

自由記載により、回答をえられたのは 28 名であった（表 8）。一番多かった意見としては、小児看護の経験が少なく、技術も知識も得ていくことの必要性が挙げられていた。この回答をした 10 ステーションのうち 8 ステーションで小児の臨床経験を持つ看護婦がいると回答をしていた。その他に学校への訪問看護の必要性や医療機関や学校との連携が必要であることが挙げられていた。

表 8 小児の訪問看護を提供していくことに関する意見より

N=28 複数回答

- 1) 小児看護の経験が少ないので勉強・研修会などへの参加が必要 (10)
- 2) 他機関との連携
 - ・医療機関との連携ができない (3)
 - ・学校・リハビリ・保健婦などとの連携が大切
- 3) 家族への関わり
 - ・子どもより家族へのサポートが主になる (4)
 - ・兄弟姉妹などにも関わりを持つように心がけている
 - ・障害児だからというより 1人の親として子育てアドバイスをすることにした
- 4) 行政への意見
 - ・学校への訪問看護の実施が必要 (3)
 - ・短期入所できるところがもっとあるといい
 - ・訪問回数、滞在時間に見合った報酬を考えて欲しい (3)
- 5) 需要が少ない (3)
- 6) 積極的に関わっていきたい (2)

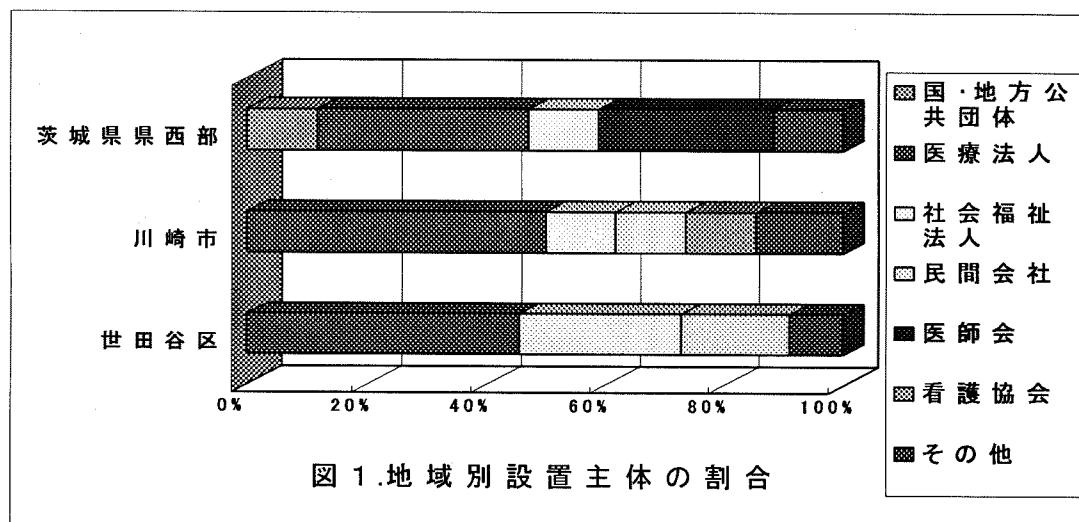
() 記載件数

●地域の違いによる小児訪問看護の実施状況 (特定地区の訪問看護ステーションへのアンケート結果)

配布数 世田谷区 22 茨城県県西部 17 川崎市 34 回収率 100%

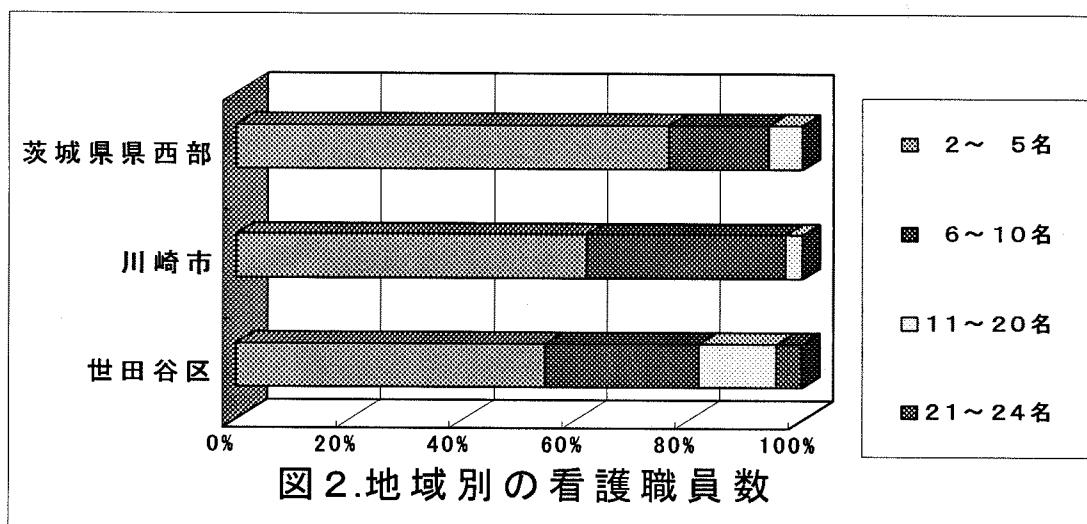
1. 設置主体

設置主体は地域を問わず、「医療法人」が一番多かった。その他は地域によって差があった。「社会福祉法人」はどの自治体にも存在するが、「医師会」や「看護協会」は地域による違いがあった。「民間会社」は世田谷区・川崎市といった都市部にはあるが、茨城県県西部には1件もみられない。川崎市では「その他」の割合も高いが、ほとんどが医療生協であった(図1)。



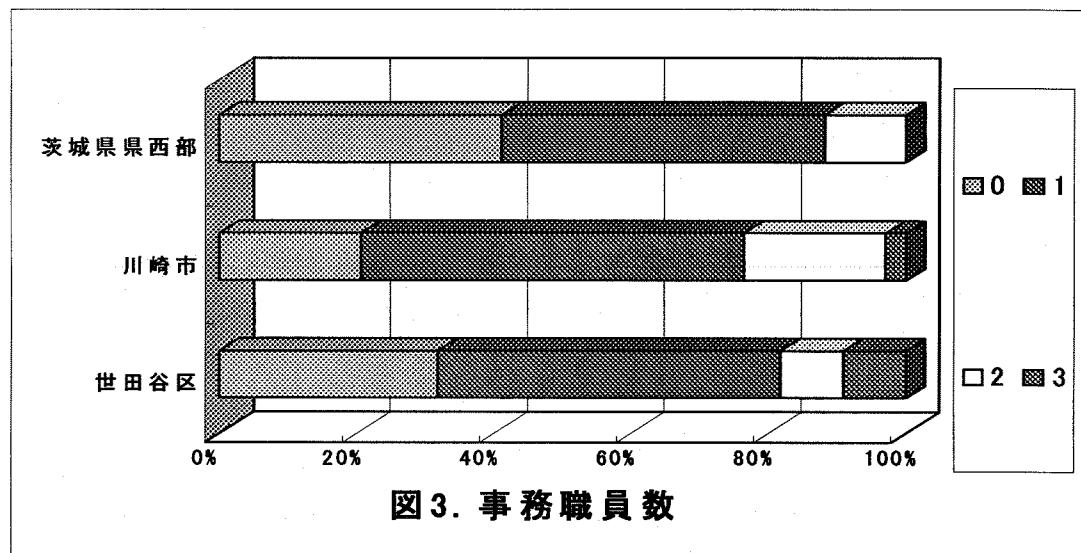
2. 看護職員数

看護職員数は世田谷区、川崎市、茨城県県西部の順で小規模ステーションが多く、大規模ステーションは少ない傾向にあった。また、看護職の内訳では、同じ順位で准看護師の割合が多かった。保健師に関しては、川崎市が5名、世田谷区が1名、茨城県県西部が0名であった(図2)。



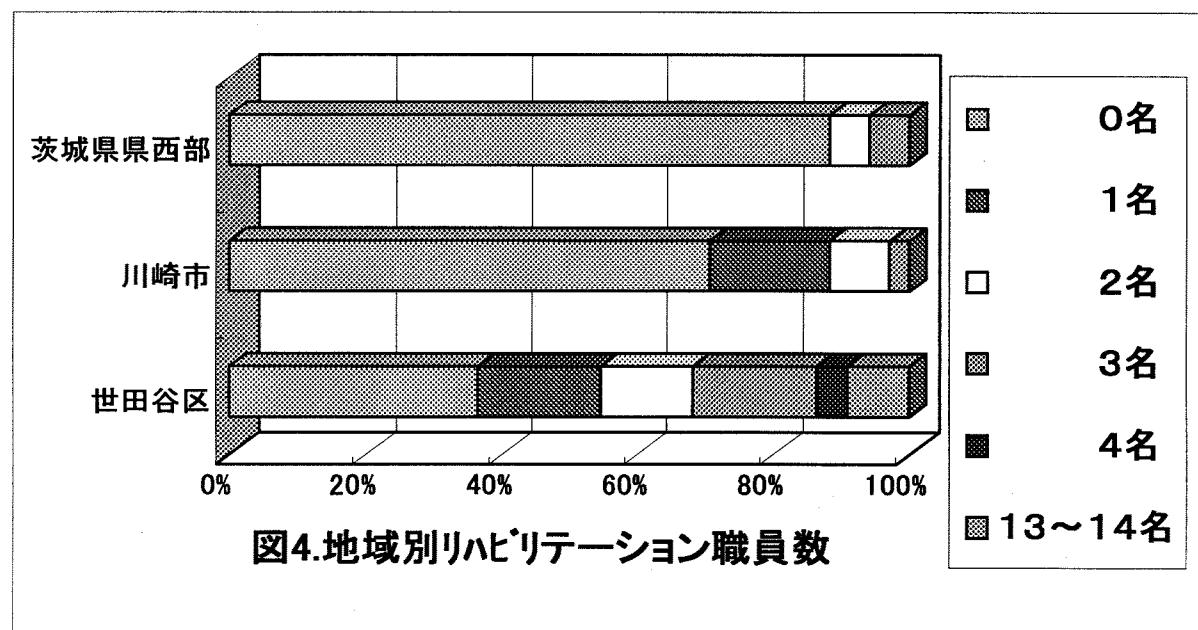
3. 事務職員

事務職員数については、常勤事務員と非常勤事務員が混在している事も考慮に入れると、それ程大きな差がみられなかった。職員数の差はステーションの規模の違いを反映していると考えられる（図3）。



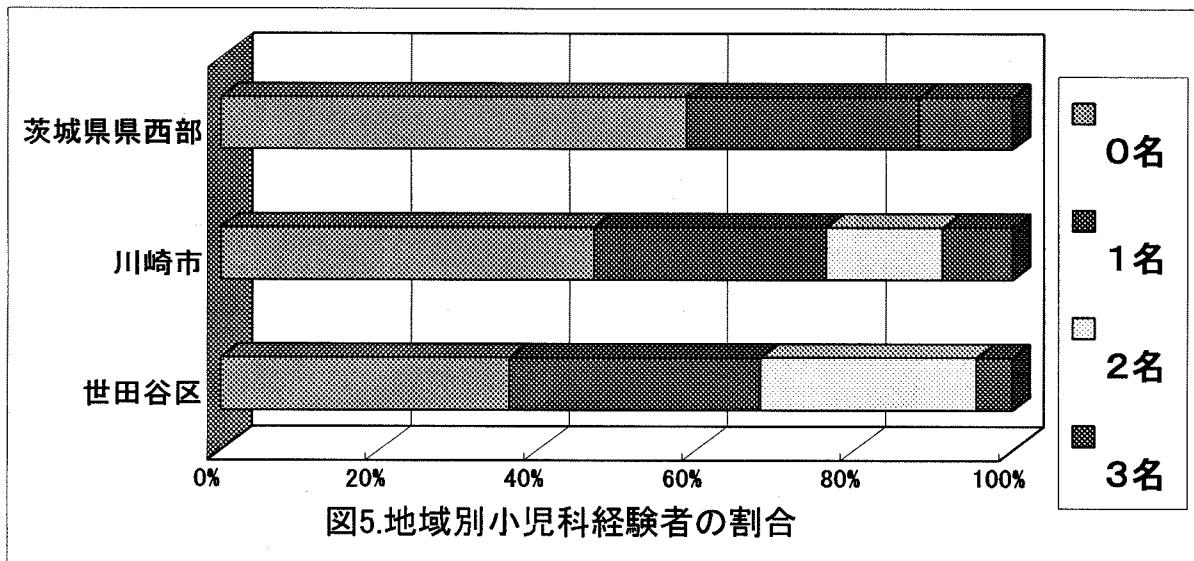
4. リハビリテーション職員

リハビリテーション職員数についても、世田谷区、川崎市、茨城県西部の順でリハビリテーション職員数が多いステーションの割合が多くかった。しかし、どのステーションにも常勤のリハビリテーション職員は配置されていなかった。また、リハビリテーション職員の内訳は、PT または OT であり、ST 等の他職種は配置されていなかった（図4）。



5. 小児科領域の経験者

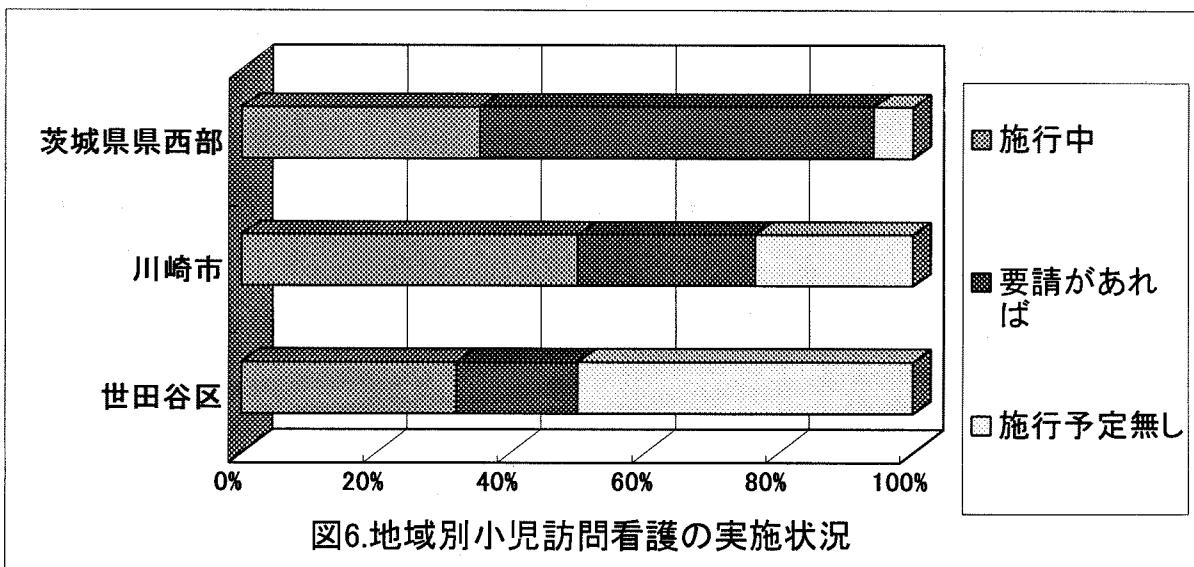
小児科経験のある看護師がいない割合は、世田谷区、川崎市、茨城県県西部の順で多くなっていた。経験者が1名のステーションの割合はほぼ同じであった。2～3名の経験者のいるステーションは、世田谷区、川崎市、茨城県県西部の順で少なくなっている(図5)。



6. 小児の訪問看護の実施状況

小児の訪問看護を「実施している」ステーションの割合では、川崎市は50%と半数に達していた。世田谷区は32%、茨城県県西部では35%と3割以上が実施していた。

この数に、「要請があれば実施する」と回答したステーションを加えると、茨城県県西部では94%が実施可能、川崎市では76%が可能であるのに対し、世田谷区では50%の回答にとどまった。これは民間の事業所など一部の事業所が介護保険による老人のみを対象としている等、機能の特化をはかっていることにも要因があると考えられる(図6)。



7. 小児の訪問看護についての意見（自由記載項目）

世田谷区では8カ所、川崎市では13カ所、茨城県県西部では3カ所から回答があった。

<全体として>

①知識や技術の不足・知識や技術の不足・小児看護の特殊性に関するこ	11件
・知識や技術の不足に関するこ	6件
・小児看護の特殊性に関するこ	5件
②長時間滞在について	3件
③制度やサポート体制等の問題	9件
④学校関係	3件
⑤その他	7件
・小児の訪問看護を行う意志がないことに関するこ	3件
・その他小児訪問看護に関する御意見等	4件

以下、地域別に具体的な内容を記載する。

<川崎市における回答>

- ①知識や技術の不足・小児看護の特殊性に関するこ
 - ・医療的な知識が不十分
 - ・研修があれば参加したい
 - ・母親の技術や知識に教えられることが多い。
 - ・小児の訪問看護は医療依存度の高い、ケース毎の特殊性があり、慎重なケアが必要。
 - ・経験のない中で1例だけ訪問している。訪問開始にあたり、入院中の病棟のN.s. やDr. に指導をしてもらった。
 - ・母親とのコミュニケーションを中心として児と関わっている。
- ②長時間滞在について
 - ・小児8名、全ての利用者に1回／週、3時間の滞在を提供している。（川崎市の重度障害者のための訪問看護制度を利用している：対象者に限定あり）
 - ・長時間滞在を希望されるケースが多くコスト的な裏付けがないと経営的に問題。（特に市の制度対象外のケース）
- ③制度やサポート体制等の問題
 - ・訪問時間の大半は保育となっており、この部分を受け入れてくれるサポート団体がない。ただ、保育と言っても吸引等の医療的な処置があり、看護婦でないと対応は困難である。どこまでが訪問看護の範囲とすべきか疑問を感じている。
 - ・主治医が遠方で救急時の対応が困難。地域で連携の取れる医師を紹介して、日頃の対応をして欲しい。
 - ・社会資源の使い勝手が悪い。
 - ・地域との連携や家族のサポート体制の検討が必要。
 - ・障害児のケアマネジメントシステムを誰が担っていくのか？
 - ・小児の訪問看護は看護者側のケア内容が複雑であり、要求されるものも多く、複数での訪問や、訪問時間の検討が制度的に必要。
- ④学校関係
 - ・学校への訪問看護への希望：3件
 - ・養護学校の先が決まらず、相談に乗ることもある。

⑤その他

- ・ 近隣のため、1例のみ実施している。
- ・ 両親の負担が大きい。
- ・ 小児の障害児に対しても今まで保健所が行っていたことを訪問看護ステーションがしていく時代になるのではないかと思う。
- ・ 訪問はしていないが相談は多くあり、精神の訪問看護を施行しているため、自閉症の相談が多い。

<世田谷区>

①知識や技術の不足・小児看護の特殊性に関すること

- ・ 重症の場合が多いので、緊急体制・応急技術など熟知が必要。
- ・ 母・父親との関わり方がどうした良いか分からないので不安。

③制度やサポート体制等の問題

- ・ 重心（東京都には重心の子供のために行政からの看護婦の訪問がある為）との役割分担をどのように考えるか検討が必要

④学校関係

- ・ 小児は疾患のみでなく療育の部分が大切なことで、訪問学級などとの連携が重要。

⑤その他

- ・ 現状では無理。：2件
- ・ 経験者がいないので出来ない。：2件
- ・ 行うつもりはないが、今後検討を考えてはいる。

<茨城県県西部>

①知識や技術の不足・小児看護の特殊性に関すること

- ・ 小児の訪問に役立つ研修を希望
- ・ 小児の訪問は母親の支援が重要
- ・ 希望が夕方の時間帯に集中する

②長時間滞在について

- ・ 訪問時間が長い

③制度やサポート体制等の問題

- ・ 小児の訪問看護を行うステーションが少ないため、遠方まで訪問するため、経済的に更に効率が悪くなる
- ・ 小児の訪問看護が拡大するよう、報酬や助成などの経済的支援を希望

●調査結果に対する考察

これまでの結果より、小児の訪問看護を推進するための訪問看護ステーションの利用に関する課題を、1. サービス導入時における課題と、2. サービス継続時の課題に分けて考えてみたい。なお、家族の訪問看護の利用に関する結果を表Bにまとめた。

1. サービス導入時における課題

サービス導入時における課題を先ずは訪問看護ステーションを利用していない家族のアンケートから考察を開始してみたい。

訪問看護ステーションを利用していない家族に関しては、情報が少ないことが挙げられる。小児の訪問看護について知っていたのは 13 名中 2 名 (15.4%) とかなり少なかった。横浜のグループスヌーピーという重症心身障害児の地域自主訓練会が平成 11 年から平成 12 年に行った調査の結果¹⁾においても、半数以上の 51.5% の会員が訪問看護を知らないと回答している。また、訪問看護を知っている中では 25% が訪問看護を利用していた。この調査の対象となったグループでは、33 人中 16 人 (48%) が吸引処置をしており、14 人 (42%) が経管栄養を行っているという医療依存度の高いグループであった。このように医療依存度が高く、都市部の情報を得られやすい地域にいても、訪問看護の認知率は 50% 弱であり、利用率は約 12.5% である。平成 11 年に川崎市で行われた北部医療施設にかかるアンケート調査²⁾の中でも、在宅医療に関する看護やリハビリテーションを老人だけでなく、小児も訪問の対象に入れられないのか、という意見をはじめ、小児の訪問看護を希望する自由記載が 4 件寄せられており、情報の少なさが他の調査からも裏付けられている。これらのことから小児の訪問看護の利用を阻む、家族側の一番大きな要因は「サービス自体を知らない」「小児の訪問看護についての情報が不足している」という事に起因していると考えられる。では、何が家族への情報提供を阻んでいるのであろうか。

訪問看護を利用している家族でも、利用していない家族でも、在宅療養上の相談相手のトップは医師であり、続いて看護師、家族、通所施設・療育センターなどの職員である。これを反対に医療機関側から見てみると、平成 11 年に本委員会研究会で行った調査では³⁾、退院後の支援者の順位はほとんどの項目で医師、外来看護師の順になっていた。では、医師や外来・病棟看護師の訪問看護ステーションについての認識はどうであろうか。

医師では小児の訪問看護が可能であることを認識している割合は 3 割程度しかなく、小児の訪問看護自体に認識が乏しい現状がある。外来・病棟婦長では訪問看護ステーションそのものについての認知率は高いが、制度の内容、特に公費負担や訪問回数・時間についての認知率は約半数程度で、決して高くはない。家族の主たる相談相手が充分な情報を持っておらず、このことにより家族も情報が得られないという構造があると考えられる。

これに対して行政職は、小児の訪問看護が可能であることを知っている割合も 8 割強と高かく、公費負担についても 7 割以上が知識を持っている。しかし、家族側の療養上の相談相手としての利用は低く、全体として情報が家族に渡りにくい構造が示されていると言える。

一番情報を提供しやすい立場にいる医師の自由記載の中には「訪問看護ステーションについての情報が不足している」という記載が多く、更には「医師に全てを任せるのは無

表B 訪問看護を利用している家族と利用していない家族の訪問看護の各機能について

	訪問看護を利用している家族					訪問看護を利用していない家族				
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	計 (%)
1 健康状態や病状の観察・健康管理・連絡	1 (2.3)	1 (2.3)	2 (4.7)	39 (90.7)	43 (100.0)	2 (15.4)	1 (0.1)	9 (69.2)	1 (7.7)	13 (100.0)
2 療育方法や成長発達についての相談・連絡	1 (2.4)	2 (4.9)	11 (26.8)	27 (65.9)	41 (100.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	9 (69.2)	1 (8.3)	12 (100.0)
3 介護方法や療育環境の指導・助言	1 (2.4)	2 (4.8)	7 (16.7)	32 (76.2)	42 (100.0)	1 (8.3)	3 (25.0)	6 (50.0)	2 (16.7)	12 (100.0)
4 医療機器の管理・点検・指導	4 (9.8)	1 (2.4)	18 (43.9)	18 (43.9)	41 (100.0)	4 (30.8)	2 (15.4)	4 (30.8)	3 (23.1)	13 (100.0)
5 福祉や創傷の処置・管理	- -	- -	19 (46.3)	22 (53.7)	41 (100.0)	3 (23.1)	3 (23.1)	5 (38.5)	2 (15.4)	13 (100.0)
6 日常生活の援助	1 (2.3)	2 (4.7)	13 (30.2)	27 (62.8)	43 (100.0)	3 (25.0)	2 (16.7)	3 (25.0)	4 (33.3)	12 (100.0)
7 留守番看護	- -	1 (2.3)	14 (32.6)	28 (65.1)	43 (100.0)	3 (25.0)	1 (8.3)	5 (41.7)	3 (25.0)	12 (100.0)
8 精神的な援助	1 (2.3)	1 (2.3)	22 (51.2)	19 (44.2)	43 (100.0)	1 (7.1)	1 (7.1)	7 (50.0)	5 (35.7)	14 (100.0)
9 外出の援助	3 (7.1)	1 (2.4)	33 (78.6)	5 (11.9)	42 (100.0)	2 (15.4)	3 (23.1)	4 (30.8)	4 (30.8)	13 (100.0)
10 リハビリプログラムの作成・実施・評価	3 (7.0)	1 (2.3)	31 (72.1)	8 (18.6)	43 (100.0)	- -	- -	5 (38.5)	8 (61.5)	13 (100.0)
11 住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用	4 (9.3)	1 (2.3)	36 (83.7)	2 (4.7)	43 (100.0)	1 (8.3)	- -	5 (41.7)	6 (50.0)	12 (100.0)
12 リハビリテーションの方法の指導	5 (11.6)	1 (2.3)	26 (60.5)	11 (25.6)	43 (100.0)	- -	- -	8 (61.5)	5 (38.5)	13 (100.0)
13 栄養状態・摂取能力の把握と問題分析	2 (4.8)	2 (4.8)	21 (50.0)	17 (40.5)	42 (100.0)	2 (15.4)	- -	7 (53.8)	4 (30.8)	13 (100.0)
14 食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や	8 (19.5)	3 (7.3)	21 (51.2)	9 (22.0)	41 (100.0)	3 (25.0)	2 (16.7)	4 (33.3)	3 (25.0)	12 (100.0)
15 ホームヘルパーや配食サービスの調整	15 (36.6)	6 (14.6)	20 (48.8)	- -	41 (100.0)	4 (33.3)	3 (25.0)	3 (25.0)	2 (16.7)	12 (100.0)
16 摂取能力の低下した児への対応や指導	9 (21.4)	3 (7.1)	21 (50.0)	9 (21.4)	42 (100.0)	3 (23.1)	- -	6 (46.2)	4 (30.8)	13 (100.0)
17 退院に向けて在宅でのサポート体制の整備	2 (5.1)	2 (5.1)	27 (69.2)	8 (20.5)	39 (100.0)	2 (18.2)	1 (9.1)	6 (54.5)	2 (18.2)	11 (100.0)
18 各種関連機関と連絡調整	1 (2.3)	2 (4.7)	34 (79.1)	6 (14.0)	43 (100.0)	- -	4 (30.8)	4 (30.8)	5 (38.5)	13 (100.0)
19 ケアプランの作成・各種サービスの手配と調整	3 (7.1)	6 (14.3)	32 (76.2)	1 (2.4)	42 (100.0)	1 (7.7)	4 (30.8)	7 (53.8)	1 (7.7)	13 (100.0)
20 ケースカンファレンスの開催	1 (2.4)	2 (4.8)	34 (81.0)	5 (11.9)	42 (100.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	8 (66.7)	1 (8.3)	12 (100.0)
21 各種手続きの代行・必要書類の作成	3 (7.1)	2 (4.8)	36 (85.7)	1 (2.4)	42 (100.0)	- -	2 (18.2)	6 (54.5)	3 (27.3)	11 (100.0)
22 緊急時の体制整備のための調整	- -	1 (2.4)	31 (75.6)	9 (22.0)	41 (100.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	4 (33.3)	6 (50.0)	12 (100.0)
23 24時間電話による相談体制・緊急訪問	1 (2.3)	1 (2.3)	28 (65.1)	13 (30.2)	43 (100.0)	- -	1 (9.1)	4 (36.4)	6 (54.5)	11 (100.0)

利用している
家族
4: 利用している
3: 機会があれば利用したい
2: あまり利用したくない
1: 利用するつもりはない

利用していない
家族
4: 利用してみたい
3: 機会があれば利用したい
2: あまり利用したくない
1: 利用するつもりはない

理、病院にMSWの配置を義務化して欲しい」、「訪問看護ステーションと連携するコーディネーターが必要である」といった意見が寄せられている。病棟婦長・外来婦長では「小児の訪問看護を受け入れるステーションを増やして欲しい」、「訪問看護の内容をPRして欲しい」「退院前からの連携が必要」、「病院の窓口の一本化・明確化が必要」等の意見が多数寄せられている。最初の相談場面である、病院における情報の普及と地域との連携機能の充実が必要と考えられる。

病院のMSWや地域連携室等が地域のサービスを良く知っている行政機関と連絡を取り合うことで必要な情報が家族に渡るのではないだろうか。行政へのアンケートの中で訪問看護を依頼しなかった理由の一番は「子どもの主治医が賛成しなかった(48%)」であるが、医師・病棟婦長、外来婦長ともに50%強が訪問看護を勧めたいケースがいると回答しており、決して医師が訪問看護ステーションの利用に否定的とは考え難く、行政の考えるニーズと医療機関の考えるニーズにずれがあるとも考えられる。MSW、地域連携室などが調整に入ることでこのような問題が修正できる可能性がある。

訪問看護を利用していない家族においても、訪問看護ステーションの各機能に関しては、『利用してみたい』と『機会があれば利用してみたい』を合わせて『利用希望群』とすると23項目中12項目で『利用希望群』が70%以上となっており、訪問看護に対するニーズは存在していることが分かる。では、何故訪問看護ステーションを利用しようとは思わないのであろうか。

自由記載項目からは、「今は必要ないが、今後必要になると思う」、「今の所家族で（介護者が）できているのであまり必要性を感じられない」と、将来は別として、現在は家族でケアができている様子が伺える。このことに関して、医師の自由記載項目の中に、「小さい子どもの両親は、ヘルパー、ステーションの利用は、子どもへの手抜きと考える所がある。少し年齢を重ね、子どもの体型も大きくなり、自分も腰が弱った頃から利用しようとする傾向がある。両親自身のQOLも大事だということ、他人に任せるのは悪い事ではない、という事も受け入れられるよう広報してほしい。」と両親の生活を危ぶむ意見が出されている。又、病棟婦長からは「母親の希望がなくても病棟からの依頼で訪問して欲しい」、外来婦長からは「他人を入れるのが嫌と思っているので、そこをクリヤーして行かないといけない」という意見もあり、両親が訪問看護を望んでいないケースにも、医療側はニーズを認めていることが伺える。昨今は、児童の虐待に関する関心が高まっており、本委員会の中でも、両親による介護が不適切である為に訪問看護が導入となっているケースが挙げられており、医療者や行政側のニーズと家族の要望が必ずしも一致しないことも課題の一つと考える。

この他にも、訪問看護を利用していない家族のアンケートより「訪問看護の情報が少ない」、「退院時調べたが、訪問看護は利用できなかった」、「訪問看護の事がもっと分かるようにPRして欲しい」、「簡単に利用できるようにして欲しい」との意見があり、ここでも、訪問看護についての情報不足が伺える。

更に「利用している親から良い話を聞いたことがなく、利用に至っていない」、「親にとっては信頼したいし、利用したいし、できればと思います」、「他の人に我が子を任せることは、今はとても考えられません」、「お互いの信頼関係は重要」との意見があり、訪問看護師との信頼関係を希望している反面、危惧してもいるといった状況があり、利用の為

一步を踏み出せない様子が分かる。しかし、現実にアンケートに回答している人が、訪問看護ステーションについて充分な情報はなく、不安ばかりが先行しているとも考えられる。

訪問看護に対して否定的な反面、「病院などの外出援助」、「リハビリや家での過ごし方等の情報を得るためのサポート」、「家族の精神的負担が軽減されるような配慮」、「医療材料の購入のサポートや医療機器の情報を得たい」といった利用の意向も書かれており、訪問看護を何らかの形で利用したいが、充分な情報もなく不安もあり、結果として利用を手控えてしまうと考えられる。

では、実際の訪問看護の利用はどの程度であろうか。平成10年の神奈川重症心身児者協議会の調査⁴⁾(回答総数222)では、訪問看護の利用は15.3%であり、「希望どおり出来なかった」が5%となっており、利用できない理由の多くは、訪問看護側の体制の問題となっていた。川崎市の療育センターが行った調査⁵⁾では、137名中12名(8.8%)に訪問看護の利用があった。利用できなかった人数を考慮すると、心身障害児者のうちの約10~20%程度に訪問看護ステーションのニーズがあると考えられる。

今回の関東の3地区で施行した定点調査や訪問看護ステーションに対する調査結果では、3割~5割の訪問看護ステーションが小児の訪問看護を実施している。定点調査を施行した一つ、川崎市では平成14年3月現在17の訪問看護ステーションが小児の訪問看護を実施しており、1ステーションあたり1名~8名の訪問看護を実施している。要請があれば施行すると回答しているステーションも9カ所となっている。同市で平成7年に実施した調査⁶⁾では、19歳以下の訪問看護の実施人数はわずかに8人であり(総数4043人中)病院が4人、社会福祉協議会が4人であり訪問看護ステーションは0人であった。この7年間で訪問看護ステーションが徐々にではあるが充実してきており、小児の訪問看護が増えてきている現状が見られる。

以上のことから、サービス導入時の一一番の課題は「家族・医療機関側の訪問看護ステーションに関する情報不足」であり、次いで「地域のサービスとの調整役となる医療機関側の窓口の不足、体制の不備」、「小児に対応できる訪問看護ステーションや訪問看護師の不足」と考えられる。

2. サービス継続時の課題

訪問看護ステーションを実際に利用している家族のアンケートでは、現在受けている訪問看護に95%が満足と回答しているが、その反面、看護師に対する厳しい意見も目立った。主な意見として、一つ目は、「滞在時間が短い、留守番看護を希望する」という意見が7件で最も多く、2時間以上の滞在を希望している。二つ目は、「緊急時対応してもらえないかったり、頼みづらい」という意見が4件、三つ目は、「看護婦の知識不足を指摘」する意見が2件であった。その他として、「訪問回数増やして欲しいがマンパワー不足からできない」、「機能訓練、吸引をしてもらえない」、「看護婦が交代制で困る」などがあった。

医療機関や行政職からは、これらの他に、「連携に関する」と「訪問看護ステーション機能の周知・広報」に関する意見が多くみられた。また、一部学校などへの「自宅以外の場所への訪問」に対する希望があった。

これらの意見について少し考察を加える。

「看護婦の知識不足」については、医療機関側からも多数の意見が寄せられている。医

師から「知識不足に関連する」意見が6件、「専門性を持った看護師の育成が必要」という意見が5件、病棟婦長から「サービス内容に差がないようにして欲しい」が5件、「技術・知識を向上させて欲しい」が1件、外来婦長からは「人材について検討して欲しい」、「知識を深めて欲しい」、「必要があれば教育・指導に協力する」、「ステーションの受け入れ能力に差がある」が各1件ずつあり、家族からも医療機関からも訪問看護ステーションの看護師の能力向上を望む声が上がっている。これに対して、今回の調査に回答のあった訪問看護ステーションで、小児看護の臨床経験を持つ看護師がいると回答したステーションは68%であり、定点調査では世田谷区6割強、川崎市5割強、茨城県県西部4割強と地域により差がみられている。全体として小児科経験のある看護師がいないステーションも多数あり、いてもスタッフの一部であり、訪問看護の要請に応えることが出来にくくい現状が想像できる。また、自由記載項目の中でも「小児看護の経験が少ない」、「研修・勉強会が必要」と、ステーション側も看護師の知識不足を認識している現状がある。医療機関からは教育や人材育成に協力するという意見もあり、「教育面においても医療機関等との連携」が必要と考えられる。

その他、「訪問回数増やして欲しいがマンパワー不足からできない」、「看護師が交代制で困る」など挙げられていたが、マンパワー不足は訪問看護ステーション側からも11件の記載があり、深刻な問題と考える。訪問看護ステーションは、最小常勤換算2.5人から認可があり、小さいステーションでは人材に苦労することは想像に難くない。アンケートに回答のあったステーションでも看護スタッフは常勤・非常勤合わせて3人～20人で平均は7.6人であり、更にPT・OTに関しては、非常勤すらいないステーションが数多く存在する現状があり、決して人材豊富とは言えない状況である。このような体制の中で、ステーションを運営していくためには、看護師の交代制も取らざるを得ないと考えられる。また、このような人員の中で、24時間体制等の要請に応えていくことは、かなりの負担が想像でき、今後、利用者の多様なニーズに応えていくためには、「訪問看護ステーションの体制そのものの見直し」も必要と考えられる。

医療機関側からの要望としては、「連携に関すること」が多く挙げられていた。サービス導入前からの情報交換、継続中の情報交換、カンファレンス、窓口についての意見が多数出されており、訪問看護の利用を継続するにあたって、連携の重要性を感じていると思われる。そしてステーション側からも「医療機関と連携ができない」3件と連携を望む声があがっている。訪問看護の継続をして行くにあたり、医療機関との連携は必須であり、訪問看護導入時と同様に「地域のサービスとの調整役となる医療機関側の窓口の不足、体制の不備」が考えられる。

また、訪問看護を利用している家族から「医療行為は生きるために必要な行為であるにもかかわらず、学校職員、保母は何もしてくれない」と通学等の施設に改善を求める意見があり、医師からも、「学校や通所施設への訪問看護」に対する希望が2件、訪問看護ステーション側からも「学校との関係や学校への訪問看護の実施」3件と、自宅以外の場への訪問看護を希望される意見が挙がっている。現時点では、自宅又は自宅に準ずる場所以外の訪問看護は認められておらず、一部の自治体が学校への訪問看護に助成をしているに留まっている。今後、通所施設における医療的ケアをどのようにしていくかは、大きな課題の一つであり、訪問看護ステーションがどこまで関わっていくことができるかを吟味す

る必要がある。

このことに関連して訪問看護ステーション側から「学校・リハビリ・保健婦などとの連携が大切」と医療機関以外の機関との連携を望む声があがっており、「地域におけるフォローアップ体制の構築」が必要と考える。今回は療育センターにはアンケートを実施していないが、先に述べたグループヌーピーの報告書では、1~2歳には訪問看護ステーションを導入し、訪問看護ステーションと療育センターが連携を持ち、継続的に成長過程を観察、フォローしていくことが提案されている。これも地域におけるフォローアップ体制一つのあり方と考えられる。

では、サービス提供者としての訪問看護ステーションの機能はどうであろうか。各サービス分野毎に見ていくこととする。

<看護サービス>については(図1)、訪問看護ステーションの機能のうち、どの機関や職種においても一番良く知られている機能であったが、家族や医師から意見のあった「9.外出の援助」や、滞在時間に關係する「7.留守番看護」は各機関からの認知率も低かった。訪問看護ステーション側でも「7.留守番看護」については『条件が整えば提供できる』が約半数を占め、1割弱のステーションでは『訪問看護の機能と考えない』と回答していた。

「9.外出の援助」は、1割のステーションが『間看護の機能とは考えない』と回答しており、訪問看護ステーション側の提供体制は不十分と考えられる。提供できない理由としては、「時間または料金」について11件、「スタッフ不足」で5件の回答があり、「マンパワー不足と制度上の問題」があると考えられる。これ以外の看護サービスについては8~9割のステーションで『提供できる』となっており、望まれている機能が利用しづらいという現状が見えてくる。

平成10年に施行された日本訪問看護振興財団の調査⁷⁾でも、若年者において総訪問時間、総看護サービス量が多いという結果が出されており、本調査からも若年者の訪問看護では長時間滞在が必要であることが示唆された。しかし、保険点数上長時間の滞在に対する保障もなく、特に超重度の障害児の場合、身体状況も不安定で入退院を繰り返すが多く、度重なる訪問のキャンセルも含め、どんなに小さくとも独立採算である訪問看護ステーションの経営を考えると、対応が困難であることは容易に想像できる。留守番看護や外出の援助等の長時間対応に対して経済的な裏付けがない限りは家族や医療機関側のニーズに応えることは、なかなか困難である。

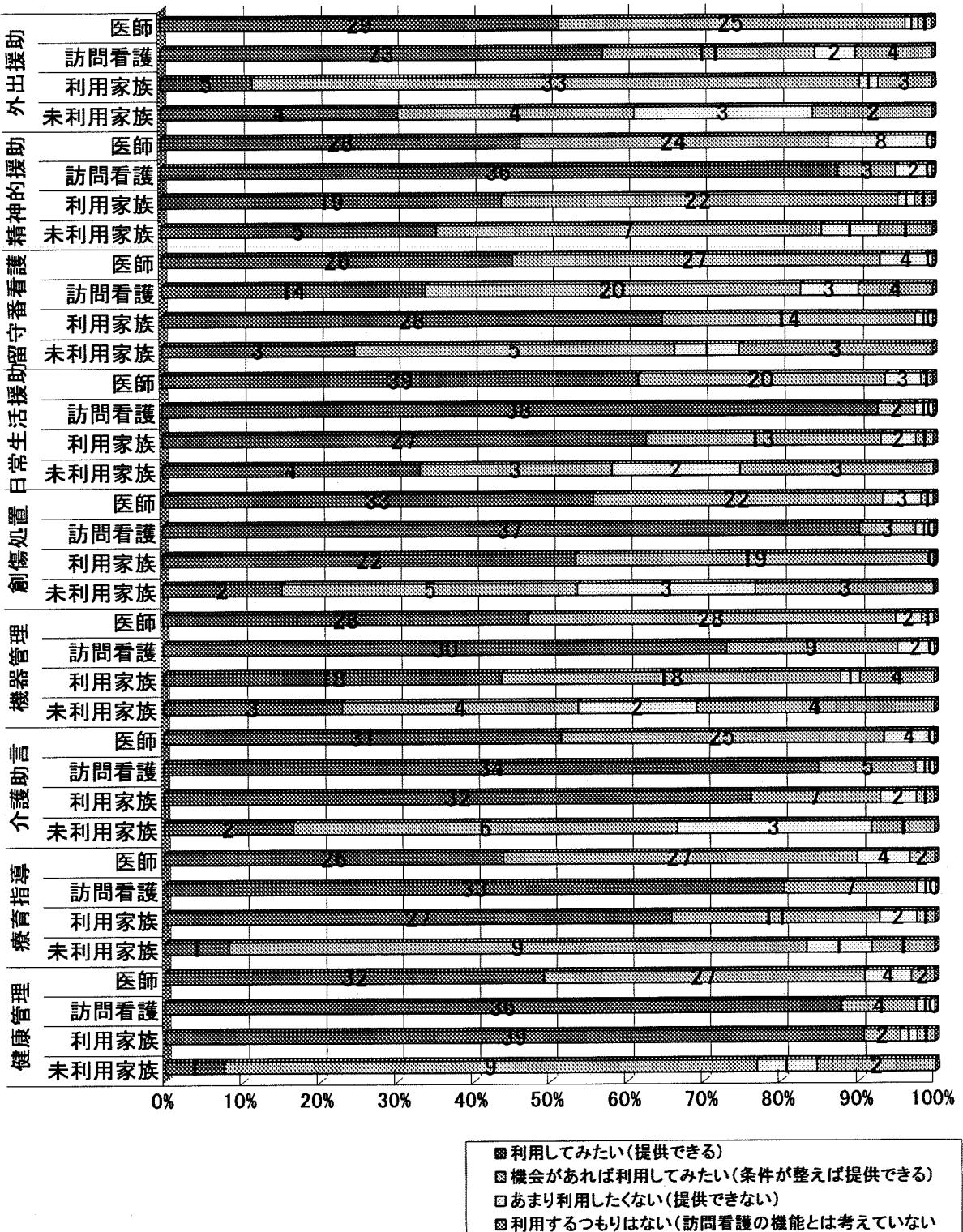


図1. 家族・医師の利用意向と訪問看護STの提供体制
(看護サービス)

＜リハビリテーションサービス＞は、家族の利用に対する希望は高く、医療機関や行政機関では比較的低い結果となっている。訪問看護利用をしていない家族においても「10.リハビリプログラムの作成・実施・評価」、「12.リハビリテーション方法の指導」に対しては回答者全てが{利用希望群}に入っています、「11.住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」でも、9割強が{利用希望群}である。訪問看護を利用している家族においてもリハビリテーションの希望は高く、『利用している』と『機会があれば利用したい』を合わせると約9割近くになるが、実際に利用しているのは2割弱となっている。現実に療育センターへの通所が困難であったり、養護学校等にリハビリテーション機能がない場合は、一般的の医療機関でも障害児にリハビリテーションを行っていないことが多く、リハビリテーションの機会そのものが少ないとされる状況が、家族の利用意向の高さに反映していると考えられる。医療機関側では、訪問看護ステーションによってはPTやOTが配属されていることを知らず、結果的に家族に情報が伝わらない一因となっていると考えられる。医師の自由記載の中に「リハビリ等の指導は、病院の指導と訪問看護での指導が異なれば互いに不完全なものとなってしまうだろう」という意見もあり、訪問看護ステーションでリハビリテーションを施行していくことへの危惧が現れている。訪問看護ステーション側も、「リハビリプログラムの作成・実施・評価」において、1割強のステーションで「実施できない」、4割強のステーションで「条件が整えば提供できる」と回答があり、提供できない理由としては「PTまたはOTがいない」が10件で最も多く、その他には「併設病院または児童相談所のPT、OTの訪問が調整できれば」が2件、「小児の需要が少なくシステム化していない」が1件であった。「住宅改修や福祉用具・介護用具等の活用」についても「スタッフ不足、PT・OTから指導指導が受けられれば、あるいは専門員と連絡が取れれば」が4件、「知識を深める、研修をつんでから」が2件、「小児の需要が少なくシステム化していない」など1件と、似たような回答となっている。リハビリテーションに関しては、約半数の訪問看護ステーションはPT、OTがおらず、リハビリテーションの専門職が雇用されているかどうかが大きく影響すると考えられ、リハビリテーションの専門職を雇用できる体制を整備していく必要がある。また、訪問看護師自身もリハビリテーションに関する学習を深め、家族の期待に添えるようにしていく必要があるであろう。

＜栄養指導＞では、「15.ホームヘルパーや配食サービスの手配」で利用者がおらず、1割の訪問看護ステーションで、それぞれ『提供できない』、『訪問看護の機能として捉えていない』と回答しており、「14.食事療法の指導や栄養補助食品の紹介や手配」で2.5%が『訪問看護の機能として捉えていない』と回答している。その理由としては「自身がない」、「費用がかかる」、「人材がない」、「背景に小児医療を標榜していない」、「児童福祉課でコーディネートしている」、「サービス内では負担が大きい」との意見が寄せられている。ケアマネジメント的な部分に関して、他機関の役割と捉えている傾向が見受けられるが、栄養に関しての知識不足もあるのではないかだろうか。家族側のニーズとしては、訪問看護を利用している家族は5割程度に利用の意向がある。訪問看護ステーションを利用していない家族では、「13.栄養状態・摂取能力の把握と問題分析」、「16.摂取能力が低下した児への対応や指導」で、7割以上がサービスの利用意向があり、他も4~5割に利用の意向があり、今後の訪問看護ステーション側の提供体制の充実が望まれる。

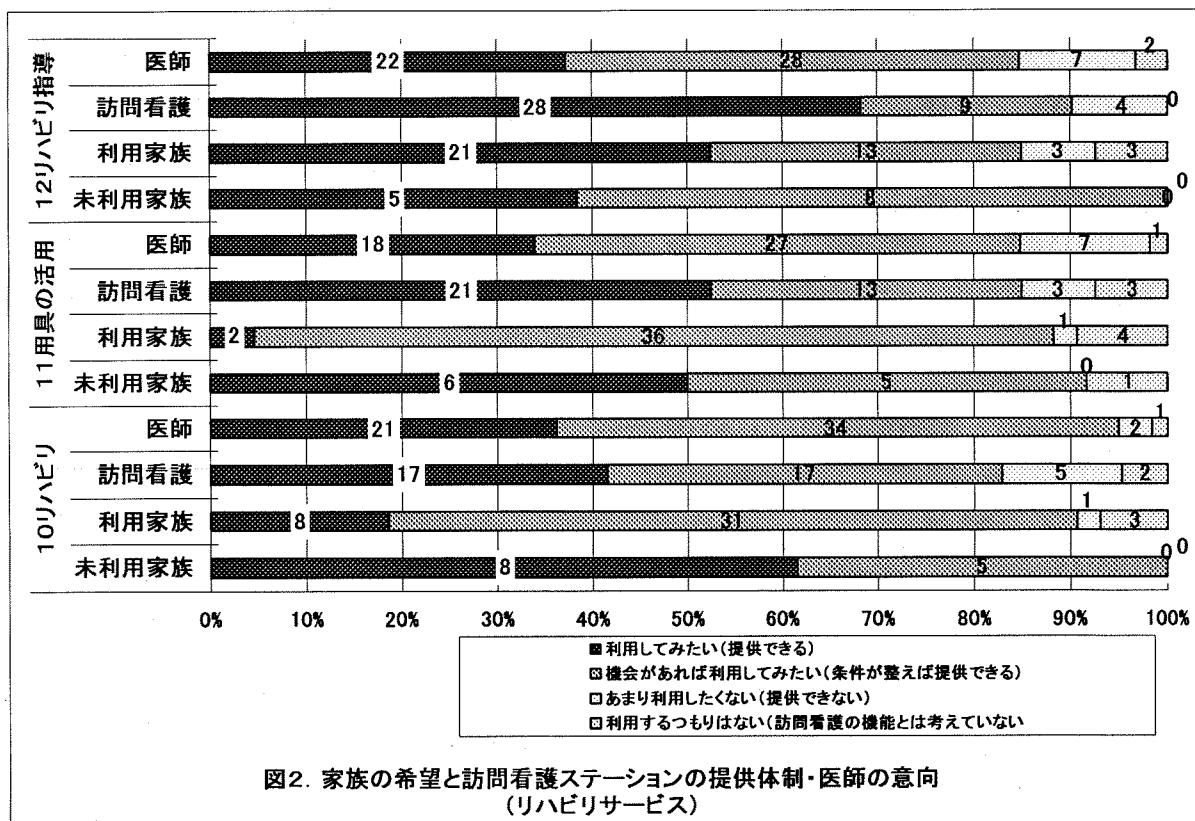


図2. 家族の希望と訪問看護ステーションの提供体制・医師の意向
(リハビリサービス)

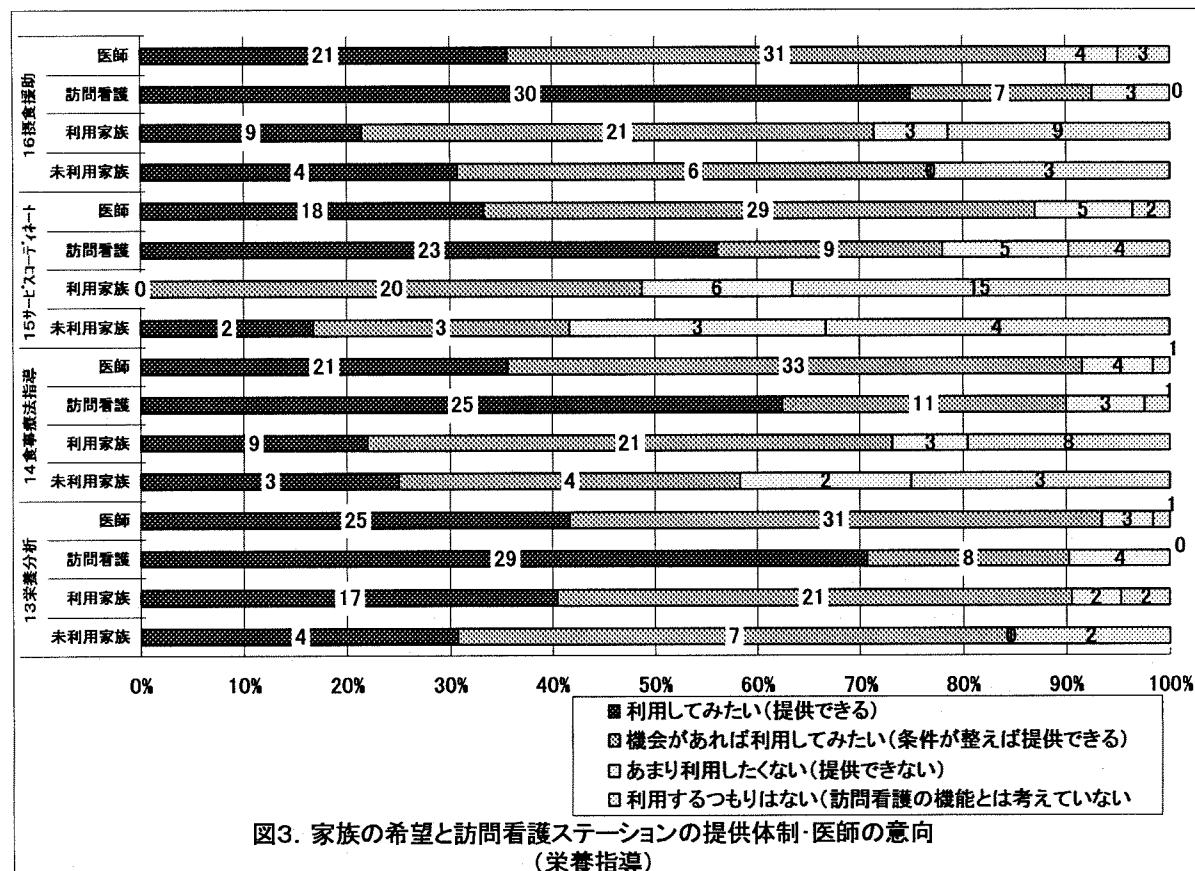


図3. 家族の希望と訪問看護ステーションの提供体制・医師の意向
(栄養指導)

<ケアマネジメント>機能については、『提供できない』『訪問看護の機能として捉えていない』と回答したステーションが多く、「知識・情報不足」、「時間・余裕がない」、「地

域サービスに限界がある」、「行政が中心的な役割を果たしている」、「ケアマネ有資格者はいるが事業所として活動していない」、「体制をとっていない」などの意見がそれぞれの項目に寄せられており、「マンパワーの問題」や「知識・情報不足」、「地域の体制の問題」があると考えられる。1990年の日本看護協会訪問看護検討委員会の報告書⁸⁾によると、訪問看護の機能の中で「必要な資源の導入・調整をする」というケアマネジメント機能をうたっているが、ケアマネージャーという職種ができた今日、どこまでが訪問看護の機能でどこまでがケアマネージャーの役割かを明確にしていく必要があると考える。また、介護保険と違い、小児の場合は誰がケアマネジメントを行うかも明確になっておらず、ここにも問題があると考える。

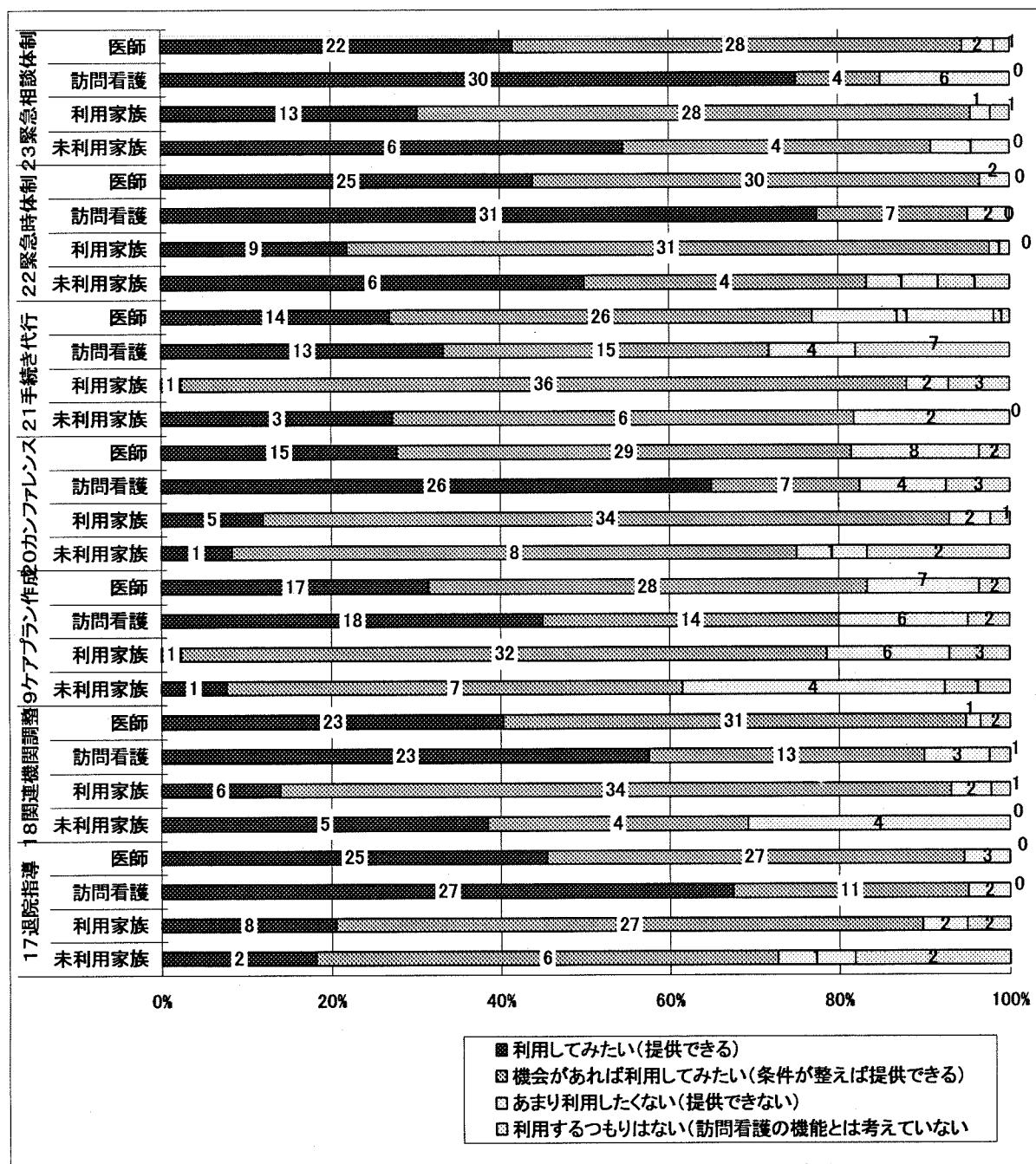


図4. 家族の希望と訪問看護ステーションの提供体制・医師の意向
(ケアマネジメントサービス)

以上より、小児の訪問看護の継続期における課題を整理すると次のことが言える。

1. 「地域のサービスとの調整役となる医療機関側の窓口の不足、体制の不備」
2. 「訪問看護ステーション側の人材の不足」
 - ①「小児科領域での臨床経験があり、充分な知識と技術を持った看護師の不足」
 - ②「小児に対応できるリハビリテーションスタッフの不足」
 - ③「地域により訪問看護ステーションの体制に差がある」
3. 「制度上の課題」
 - ①「長時間滞在への経済的保障がない」
 - ②「学校や通所施設への対応ができない」
 - ③「訪問看護とケアマネージャーの役割分担が不明瞭」
 - ④「将来的に誰が小児の在宅療養のケアマネジメントを行うかが不明瞭」
 - ⑤「地域におけるフォローアップ体制が不十分」

平成 14 年度は、訪問看護ステーションが制度化されちょうど 10 年目となり、小児の訪問看護が可能となってから 8 年目である。制度発足当時より訪問看護ステーションも増え、小児に関するサービスの提供体制が、改善されていることが明らかになった反面、訪問看護ステーション側のサービス提供体制や、制度上の問題にも、まだ課題が多いことが明らかになった。今後はここであげられた課題一つ一つを分析し、よりよいサービスの提供体制を育み、子どもやその家族が地域で安心して暮らせるための具体的な方法論を展開することが必要である。医師の自由記載項目に「超重心児の利用（呼吸管理）が今後も増加することが予想されるので、そちらに対する対応の体制を強化して欲しい」といった意見が出されており、医療の進歩とともに超重心児の対応など、今までの制度の枠では考えられなかつた状況が生まれており、小児医療の変化に応じた対応が必要である。訪問看護ステーションは地域の中の壱サービスに過ぎず、ショートステイや療育センターへの通所、養護学校等、地域の様々なサービス・機関でも時代の変化に即した対応が必要と考える。そして、子どもとその家族が安心して過ごせる制度の構築に、このアンケートが一つの提言となることを祈っている。

文献

1. 地域訓練会グループヌーピー：平成 12 年度重症心身障害のある子どもをもつ家族の介護実態調査報告書、70-73, 128-133, 150-151
2. 療育ネットワーク川崎：北部医療施設に関わるアンケート調査、30-31
3. 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、21-36, 41-43
4. 神奈川重症心身障害者協会：神奈川の療育、第 23 号、21-26, 37-39
5. 加藤洋子：障害児者に応えるアリ-サボ-トのあり方、平成 13 年度放送大学卒業論文より
6. 川崎市衛生局：平成 7 年度訪問指導・訪問看護年度末実態調査報告書、13-15
7. 内田恵美子：日本在宅ケア学会誌、2 : 1、1999、13-20
8. 日本看護協会、訪問看護業務基準、1998

IV. 研修会

研修会は2回開催し、その内容は以下のようであった。

I. 第1回研修会

第1回研修会は、本委員会が作成した「NICUから在宅療養に移行する患児（医療処置あり）のケアマネジメント：NICU看護師・外来看護師・訪問看護師・保健師用」のプログラムについて検討することである。

【研修目的】

NICUを退院し在宅療養に移行する子どもとその家族が、スムーズに在宅へ移行し、その後の在宅ケアが軌道にのるための支援方法について検討する。

【研修日時】2001年12月22日（土）午後1時～午後5時

【研修場所】聖路加看護大学

【研修内容】

NICUのケアに関する知識を深めるとともに、作成したケアプログラムについてグループ討議を行い、検討した。（表）

講演：NICUのケアについては、NICUに入院していく子どもの状況、最新の看護ケアの様子などについてスライドを活用しながら講演いただいた。またNICU退院後の子どもを引き受けるに当っては、その経緯や訪問看護の様子などを事例を通しながら説明いただいた。

グループ討議：グループは、NICU勤務の看護師と訪問看護師・保健師が混じるようなグループを6グループ編成した。講演を受けて、ケアマネジメントプログラムの内容を参加者の日頃のケアで生かしている事や問題点、また意見などを自由に話し合う形で進めた。

【研修結果】

応募者75名、うち参加者は66名であった。グループでは、ケアプログラムに沿いながら活発な意見交換が行われた。その結果、NICUから在宅療養へ移行する子どものケアマネジメントの問題点が見出された。

- 1.NICU入院中に医療者と患児・家族の関係が深くなり、他の医療者との関係が築きづらい。
- 2.NICUのケア方法を、そのまま在宅療養のケア方法として指導してしまうことが多い。
- 3.試験外泊などNICU以外の病棟に出てしまうと、NICUに戻ることができない施設が多く、外泊をしながら在宅療養に自信がもてるようになるまでの意志決定までの過程を踏みづらい。
- 4.地域によっては、小児のケースでは保健師が退院後にかかる事に消極的なことがある。これらの問題に対しては、ケアプログラムに追加・修正を加えた。

小児の在宅療養推進のための検討会のご案内

—N I C Uを退院する子どもとその家族を支えるための

入院から在宅までのケアプログラムについて—

- ◇ 期 日：2001年12月22日（土）午後1時～午後5時
- ◇ 定 員：100名（定員になり次第締め切ります）
- ◇ 場 所：聖路加看護大学（東京都中央区）
- ◇ 参加費：無料
- ◇ 企 画：「小児の在宅療養のためのケアマネジメント開発事業」研究委員会

—開催主旨—

医療の進歩により、医療機器を装着し、また医療処置を継続しながら生活する子どもが増加しています。しかしそれに対応できる小児の在宅療養システムの確立が不十分であるために、入院施設からの退院がスムーズに行われず、在宅療養の継続が難しい現状があります。本研究委員会は、平成11年度より小児の在宅療養に取り組み、小児の在宅療養を促進するための要因の分析や、入院から退院へのスムーズな移行と、その後の一貫したケアを提供するためのケアマネジメントプログラムについて検討してきました。

今回その一つとして、N I C Uを退院する子どもとその家族のケアプログラムを作成しました。近年、N I C Uを退院する患児が増加しておりますが、退院後のケアは小児医療の課題の一つです。入院から在宅に移行するまでと、その後在宅での生活が軌道の乗るまでのケアについて検討し、よりよい退院後のケアマネジメントプログラムを作成したいと考えます。日頃、病気や障害をもつ子どものケアに携わっているN I C Uの看護婦・士、在宅を進める上で重要な役割をもつ訪問看護ステーションの看護婦・士、地域保健婦・士の方々にご参加いただき、意見交換をしたいと思います。

是非、多くの方々にご参加いただきたいとご案内申し上げます。

(主任研究員 及川郁子・聖路加看護大学)

◇ プログラム

12:30～	受け付け開始
13:00～	挨拶 国立療養所三重病院長 神谷齊（本研究会委員長） オリエンテーション
13:05～13:50	講演 N I C Uの最近の医療動向と退院に向けてのケア 講師：聖隸浜松病院N I C U婦長 村木ゆかり
13:50～14:35	講演 N I C U退院後のケアを引き受けて 講師：横浜市南区医師協会南区行カルセンター 訪問看護ステーション看護婦 山西紀恵
14:35～15:00	N I C U退院後のケアプログラムの紹介
15:15～17:00	グループ討議（事例などを通しながら、ケアプログラムについて討議する。）

◇ 申し込み方法

お申し込みは、下記宛に、はがきまたはFAXでお申し込みください。

氏名、所属、職種、連絡先がわかるようにお願いします。

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12 壱丁目参番館302

全国訪問看護事業協会

FAX 03-3351-5938

（本事業は平成12年度社会福祉・医療事業団研究助成の一事業です。）

II. 第2回研修会

第2回研修会は、小児の在宅療養促進のために、具体的な教育内容を提供するため、東京小児療育病院の協力を得て実施した。参加者は、退院後の受け手となる地域の看護職を募った。

【研修目的】

- ・医療的ケアを必要とする子どもや家族の状況を理解し、在宅ケアのイメージができる。
- ・在宅ケアに必要な知識や技術の習得を図る一助とする。

【研修日時】 2002年3月30日（土） 午前11時～午後5時

【研修場所】 東京小児療育病院

【研修内容】

医療的ケアの必要な子どもや家族の状況を理解するために、医師による講演を行った。また事例検討は、4グループに分れ、昨年度作成した「在宅人工呼吸器療法を実施する子どもとその家族のためのケアマネジメントプログラム修正版」について、当該病院で事例検討した内容を報告していただき、医療的ケアの必要な子どもの入院施設でのケア内容の理解や退院後の受け手となる地域の看護職の意見交換などを行った。

見学実習は3病棟に分れ、それぞれの病棟の入院患児や家族の状況、医療機器や看護ケアについて、実際のケアに参加しながら子どものケアについて理解を深めるようにした。担当はそれぞれの病棟責任者に依頼し、本委員会委員も共に病棟に参加した。

【研修結果】

30名の応募に対し、出席者は26名であった。26名のうち4名は、過去の本委員会主催の研修会に参加したことがあったが、他の20名（2名は不明）は、小児の在宅に関する研修会の参加は初めての人のみであった。参加の理由は、実際小児の訪問に携わっていないからさらに学びたいという参加者と、小児の訪問看護の経験がなくこれから受け入れていくことが必要と感じている参加者とが半々くらいであった。

研修会の結果は、講演、事例検討、見学実習ともに好評であり、研修目的が達成されたようであった。さらに、小児の訪問看護に関する研修会の機会がほとんどなく、今後も参加したい、このような企画を行ってほしいとの要望が大変多く挙げられていた。

小児の在宅療養推進のための研修会のご案内

- ◇ 期 日：2002年3月30日（土）午前11時～午後5時
- ◇ 定 員：30名（定員になり次第締め切ります）
- ◇ 場 所：東京小児療育病院（東京都武蔵村山市）
- ◇ 参加費：無料（昼食付き）
- ◇ 企 画：「小児の在宅療養のためのケアマネジメント開発事業」研究委員会

一開催主旨一

本研究委員会は、1999年より社会福祉事業団より助成を受けて、小児の在宅療養促進のため事業を行ってきております。これまでには、入院から退院へのスムーズな移行と、一貫したケアを提供するためのケアマネジメントプログラムについて検討してまいりました。今回は、在宅療養支援に欠かせない保健所や訪問看護ステーションの看護職の方々にお集まりいただき、具体的な子どものケアを知ることによって、在宅療養支援を円滑に進めるための研修会を企画致しました。

保健所や訪問看護ステーションにおいて、慢性疾患や障害をもつ子どものケアに携わっている方、これから取り組もうとされている方、子どものケアに関心ある方々にご参加いただきたい、ご案内申し上げます。

（主任研究員 及川郁子・聖路加看護大学）

◇ プログラム

10：30～	受け付け開始
10：50～	挨拶 国立療養所三重病院長 神谷齊（本研究会委員長） オリエンテーション
11：00～11：45	講演 医療的ケアの必要な子どもの在宅での現状と課題 講師：東京小児療育病院医師 高橋和俊
11：45～12：30	休憩
12：30～14：30	事例検討会
14：30～16：30	病棟見学実習
16：30～17：00	全体でのまとめ

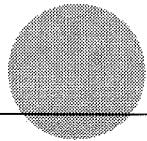
* 当日は病棟の見学実習を行います。動きやすい服装で、エプロンをご持参下さい。
子どもを抱っこしたりしますので、多少汚れてもよいもの、ズボンなどが適切です。

◇ 申し込み方法

お申し込みは、下記宛に、はがきまたはFAXでお申し込みください。
氏名、所属、職種、連絡先がわかるようにお願いします。

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12 壱丁目参番館302
全国訪問看護事業協会
FAX 03-3351-5938

（本事業は平成12年度社会福祉・医療事業団研究助成の一事業です。）



まとめ

ま　と　め

本委員会は、小児の在宅療養の推進を図るために、1999年度より3年間にわたり事業を展開してきた。

1999年度には、小児の在宅療養に関する実態調査を行い、小児の在宅への移行状況や訪問看護ステーションの受け入れ状況、問題や課題を整理した。

2000年度は、この結果を受け、小児の在宅療養の中でも訪問看護ステーションなどの利用ニードの高い、在宅人工呼吸器療法を実施する子どもとその家族に焦点をあてたケアマネジメントプログラムを作成した。

3年目の本年度は、このケアマネジメントプログラムの有用性の検討を行い改訂版を作成した。また、医療的ケアの有無に関わらず、特別な配慮を必要とする NICU 退院後の子どもとその家族のためのケアマネジメントプログラムの作成を行った。これらのケアマネジメントプログラムは、入院施設から在宅の移行まで、また在宅に移行してから在宅でのケアが安定継続されるまで、一貫したケアが提供できるように作成されている。このケアマネジメントプログラムの事例への活用においては、個々の医療的ケアの内容や置かれている家庭・社会的状況により具体的なケアは異なるが、おおよそこのプログラムの流れに沿って、過去・現在・将来を見通しながらケアを展開することができること、また、どのような患児にも応用可能なケア内容であることが示された。小児が入院施設から在宅に移行したとき、入院施設で受けたケアと在宅でのケアに乖離があつてはならない。小児や家族が安心して在宅で暮らすためにも、どのようなケアを提供していくかをあらかじめプログラムに基づいて検討していくことは、今後も必要となってくるであろう。今回作成した2種のケアマネジメントプログラムは、NICU を退院する児、在宅人工呼吸器を装着している児のプログラムであるが、何らかの医療処置を必要としながら在宅療養を行う小児と家族のために利用できるものであり、今後も広く普及を図りつつ、内容の改善を図っていくことが必要であると考える。さらに、今回検討できなかったが、家庭状況が複雑で療養行動がうまく維持できない小児や家族への訪問看護ケアプログラム、小児の在宅ターミナルのケアプログラムなど、慢性疾患を中心としたケアマネジメントプログラムの開発なども今後、必要と考えている。

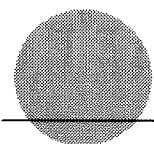
今年度の事業では、小児の在宅療養を推進するために、訪問看護ステーションが提供できるサービスや機能について、小児の医療・福祉関係者がどの程度認識しているか、訪問看護ステーションは、どの程度小児の在宅ケアについてサービスを提供できるかを検討した。また、現在 訪問看護ステーションを利用している家族の利用状況や満足度についても調査を実施した。これらの結果から、訪問看護ステーションのサービスや機能については、まだ充分に認知されていないことが明らかになった。少しづつではあるが、小児の訪問看護を受け入れているステーションは増えているが、これまでの調査でも、小児の訪問看護を行っているステーションがわからない、依頼しても断られた、小児の訪問看護のための社会資源が少ないなど指摘されている。訪問看護ステーションは自らのサービスについてもっと宣伝することが期待されていり。利用者が希望するすべてのサービスを提供することは不可能でも、特にどのようなサービスに重点を置いて訪問看護を提供できるのか、医療・福祉関係者へ広く啓蒙を図ること、そのための方法を検討していくことが必要である。

そして、その中から利用者がその子の年齢や状況に応じて選択的にステーションを選ぶことも可能になってくるのではないだろうか。

訪問看護ステーションを利用している家族の満足度は高く、「在宅ケアは大変であるが、子どもにとって最もよいケア」であることを実感している。その大変さを補うためにも、提供できるサービスの内容を医療機関・行政・訪問看護ステーション・療育施設などそれぞれが役割分担しながら、その地域、地域にあわせた在宅支援のためのケアの提供方法を構築することが必要である。障害児については、社会福祉法によって地域療育等支援事業が制度化されたが、障害児以外の小児の在宅療養に関しても早急に検討していくことが必要であろう。

小児の在宅療養を推進するためのもう一つの課題は、小児の訪問看護ができる看護師の育成である。これまで3年間の事業の中で研修会を企画・運営してきた。昨年と本年の2回は病院施設を利用しての実習も取り入れた。これらの研修会を通し、今後も具体的な内容の研修企画が必要であることが示唆された。特に訪問看護ステーションの看護師や地域の保健師は、実習、事例検討などを通して具体的に小児や家族を理解していくこと、小児特有の看護技術や理学療法などに関するスキルを磨くこと、小児の病気や成長・発達に関する知識をもつこと、などが必要であると認識している。しかし集中的プログラムでの修得は時間的に無理があり、ある程度の時間を掛けて学ぶことができる機会を提供していくことが必要である。それと並行して、小児専門の訪問看護師を育成すること、専門的知識や技術をもつものがどこかに拠点を置きながら、訪問看護ステーションや保健所等と連携を図って相談や指導・助言できるようなシステムも考えていくことが必要ではないだろうか。小児の病気は多種多様であるが、絶対数が少ないために地域で受ける小児の訪問数はおのずと限られていくであろう。そのような中で、確実なケアを提供するためにも、指導コーディネーターのような役割をもつ看護の人材の養成も不可欠と考える。

3年間の経過において、小児の在宅療養に必要なケアマネジメントプログラムの開発と改訂、訪問看護ステーション活用のための実態、看護師への継続教育について検討してきた。小児の在宅療養を推進するためには、医療機関と地域との連携、機関内の連携、地域で支えるための資源の少なさや利用のしにくさ、家族が希望する訪問看護を受けるための時間や内容の改善、などまだ多くの問題や課題がある。今後も、これらの課題を一つひとつ改善しつつ、医療機関と地域との連携を基盤において「小児の在宅療養支援システム」を構築していくことが必要である考える。



資料

医師の方への質問紙

質問紙は全部で4ページです。以下の質問にご回答ください。

1. 病院の種類について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）
 - ①小児専門病院
 - ②大学病院
 - ③総合病院
 - ④その他（ ）

2. ご専門はどのような領域（疾患）ですか。（ ）

3. 職業年数は何年ですか。（ ）年

4. 今までにご自身が診療されているお子さんで訪問看護ステーションを利用した方はいましたか。
 - ① いた
 - ② いなかった
 - ③ わからない

5. 現在、ご自身が診療されているお子さんで訪問看護ステーションを利用している方はいますか。
 - ① いる
 - ② いない
 - ③ わからない

6. 4と5で「いる」と回答された方にお尋ねします。
訪問看護ステーションの利用は誰が勧めたのですか。
 - ① ご自身
 - ② 家族が自ら探してきた
 - ③ その他（ ）

7. 過去1年間で訪問看護ステーションを利用した方はおおよそ何人でしたか。おわかりの範囲でお答えください。
 - ① 0人
 - ② 1~2人
 - ③ 3~5人
 - ④ 6~10人
 - ⑤ 11人以上

8. 4と5で「いなかった」「いない」「わからない」と回答された方にお尋ねします。

① 訪問看護の利用を考えたことがありますか。	はい	いいえ
② 小児の訪問看護が可能であることを知っていましたか。	はい	いいえ
③ 小児の訪問看護では何ができるかの情報をお持ちですか。	はい	いいえ
④ 小児の訪問看護が可能なステーションの所在を知っていますか。	はい	いいえ
⑤ 小児の訪問看護についての情報を得られる所を知っていますか。	はい	いいえ
⑥ 小児の訪問看護について話題になったことはありますか。 →「はい」とお答えの方：それはどんな内容ですか。（ ）	はい	いいえ

9. 全ての方がお答え下さい。

以下に訪問看護の機能をあげます。それぞれについて知っている機能には左の（ ）に○をつけ、さらに右の選択肢「1. 利用を勧めない」、「2. あまり利用を勧めない」、「3. 機会があれば利用を勧める」、「4. 利用を勧める」の1～4のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。

(下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい)

対象は慢性長期的疾患を持つお子さんや重症のお子さんまで含みます。
この場合、小児とは0歳～18歳までを指します。

訪問看護の機能として 知っている機能に○	対象は慢性長期的疾患を持つお子さんや重症のお子さんまで含みます。 この場合、小児とは0歳～18歳までを指します。	4	3	2	1
		利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

<看護サービスについて>

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| () 1. 個々の児の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理について家族の相談に応じます。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 2. 児の状況に応じた療育方法や成長発達について家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 3. 家庭での介護方法や療育環境についての指導や助言を行います。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 4. 医療機器の管理・点検・指導を行います (<u>H P N</u> 、 <u>H O T</u> 、 <u>膀胱留置カテーテル</u> 、 <u>各種ストーマ</u> 、 <u>経管栄養</u> 、 <u>吸引器</u> 、 <u>ネブライザー</u> 、 <u>人工呼吸器</u> など) 。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 5. 在宅での <u>褥瘡</u> や創傷の処置・管理を行います (<u>褥瘡</u> 、 <u>オムツかぶれ</u> 、 <u>外傷</u> 等) 。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 6. 日常生活の援助としての看護を提供します (<u>清拭</u> 、 <u>洗髪</u> 、 <u>入浴介助</u> 、家庭での処置やその介助など) 。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 7. 家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、家族の方の介護負担軽減のために <u>留守番看護</u> を提供します。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 8. 精神的な援助を提供します (両親の相談相手、専門機関への連絡など) 。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 9. 外出の援助 (外出の援助、 <u>福祉車両</u> や <u>ホームヘルパー</u> の手配など) 。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 10. <u>P T</u> 、 <u>O T</u> が訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。----- | 4 | 3 | 2 | 1 |

<リハビリテーションについて>

- () 10. P T、O Tが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。-----

訪問看護の機能として
知っている機能に○

	4	3	2	1
利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない	

- () 11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等の導入や活用を行うと共に使用状況をモニターします。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 12. 家族にリハビリテーションの方法を指導します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

<栄養指導について>

- () 13. 栄養状態や摂取能力の把握と問題分析を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）の指導や栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 15. ホームヘルパーや配食サービスなどのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を設定します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 16. 摂食能力の低下した児への対応や家族への指導、栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

<ケアマネジメントについて>

- () 17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、家に帰ることに向けて必要な情報を提供します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、シヨーツステイ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスパイト施設など）。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 19. ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 20. 必要時ケースカンファレンスの開催を主催します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 22. 児と家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

10. 現在訪問看護ステーションの利用を勧めたいと思う患児はいますか。

- ⑥ いる
- ⑦ いない
- ⑧ わからない

11. 小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等は公費医療で訪問看護の訪問看護料の自己負担金がかかるなどを知っていますか。

- ① 知っている
- ② 知らない

12. 訪問回数は通常週3回まで、1回1時間半程度まで利用できるということを知っていますか。

- ① 知っている
- ② 知らない

13. 訪問看護ステーションとの連携の仕方について、是非ご意見を下さい。

小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

病棟婦長の方への質問紙

質問紙は全部で4ページです。以下の質問にご回答ください。

1. 病院の種類について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

①小児専門病院
②大学病院
③総合病院
④その他（ ）
2. あなたが所属する病棟名について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

①小児病棟 ②小児科（内科）病棟 ③小児外科病棟
④成人との混合病棟（診療科名） ⑤その他（ ）
3. あなたが所属する病棟に入院している子どもの年齢（ ）才～（ ）才
4. あなたの職位はなんですか。

① 婦長
② 主任
③ その他（ ）
5. 今までに、病棟で関わっているお子さんで訪問看護ステーションを利用している方はいましたか。

① いた
② いなかつた
③ わからない
6. 現在、病棟で関わっているお子さんで訪問看護ステーションを利用している方はいますか。

① いる
② いない
③ わからない
7. 過去1年間で訪問看護ステーションを利用した方はおおよそ何人でしたか。おわかりの範囲でお答えください。

① 0人 ② 1～2人 ③ 3～5人 ④ 6～10人 ⑤ 11人以上
8. 5と6で「いなかつた」「いない」「わからない」と回答された方にお尋ねします。

① 訪問看護の利用を考えたことがありますか。 はい いいえ
② 小児の訪問看護が可能であることを知っていましたか。 はい いいえ
③ 小児の訪問看護では何ができるかの情報をお持ちですか。 はい いいえ
④ 小児の訪問看護が可能なステーションの所在を知っていますか。 はい いいえ
⑤ 小児の訪問看護についての情報を得られる所を知っていますか。 はい いいえ
⑥ 小児の訪問看護について話題になったことはありますか。
→「はい」とお答えの方：それはどんな内容ですか。
()

9. 全ての方がお答えください。

以下に訪問看護の機能をあげます。それについて知っている機能には左の()に○をつけ、さらに右の選択肢「1. 利用を勧めない」、「2. あまり利用を勧めない」、「3. 機会があれば利用を勧める」、「4. 利用を勧める」の1~4のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。(下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい)

対象は慢性長期的疾患を持つお子さんや重症のお子さんまで含みます。

この場合、小児とは0歳~18歳までを指します。

知つ
て
いる
機
能
に
○
訪
問
看
護
の
機
能
と
して

4	3	2	1
利 用 を 勧 め る	機 会 が あ れ ば 利 用 を 勧 め る	あ ま り 利 用 を 勧 め な い	利 用 を 勧 め な い

<看護サービスについて>

- () 1. 個々の児の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理について家族の相談に応じます。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 2. 児の状況に応じた療育方法や成長発達について家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 3. 家庭での介護方法や療育環境についての指導や助言を行います。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 4. 医療機器の管理・点検・指導を行います (H P N、H O T、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネブライザー、人工呼吸器など)。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 5. 在宅での褥瘡や創傷の処置・管理を行います (褥瘡、オムツかぶれ、外傷等)。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 6. 日常生活の援助としての看護を提供します (清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など)。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 7. 家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 8. 精神的な援助を提供します (両親の相談相手、専門機関への連絡など)。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 9. 外出の援助 (外出の援助、福祉車両やホームヘルパーの手配など)。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

<リハビリテーションについて>

- () 10. P T、O Tが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。-----

4	3	2	1
---	---	---	---

訪問看護の機能として
知っている機能に○

4	3	2	1
利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

- () 11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等の導入や活用を行うと共に使用状況をモニターします。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 12. 家族にリハビリテーションの方法を指導します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

<栄養指導について>

- () 13. 栄養状態や摂取能力の把握と問題分析を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）の指導や栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 15. ホームヘルパーや配食サービスなどのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を設定します。 --

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 16. 摂食能力の低下した児への対応や家族への指導、栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

<ケアマネジメントについて>

- () 17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、家に帰ることに向けて必要な情報を提供します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、シヨーツステイ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスパイト施設など）。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 19. ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 20. 必要時ケースカンファレンスの開催を主催します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 22. 児と家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

- () 23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。 -----

4	3	2	1
---	---	---	---

10. 現在訪問看護ステーションの利用を勧めたいと思う患児はいますか。
① いる
② いない
③ わからない
11. 小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等は公費医療で訪問看護の訪問看護料の自己負担金がかからないことを知っていましたか。
① 知っている ② 知らない
12. 訪問回数は通常週3回まで、1回1時間半程度まで利用できるということを知っていますか。
① 知っている ② 知らない
13. 訪問看護ステーションとの連携の仕方について、是非ご意見を下さい。

小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

外来婦長の方への質問紙

質問紙は全部で4ページです。以下の質問にご回答ください。

1. 病院の種類について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

- ① 小児専門病院
- ② 大学病院
- ③ 総合病院
- ④ その他（ ）

2. あなたが管理する外来の診療科名をお書きください。（ ）

3. あなたが管理する外来に受診している子どもの年齢（ ）才～（ ）才

4. あなたの職位はなんですか。

- ① 婦長
- ② 主任
- ③ その他（ ）

5. 今までに、外来で関わっているお子さんで訪問看護ステーションを利用している方はいましたか。

- ① いた
- ② いなかつた
- ③ わからない

6. 現在、外来で関わっているお子さんで訪問看護ステーションを利用している方はいますか。

- ① いる
- ② いない
- ③ わからない

7. 過去1年間で訪問看護ステーションを利用した方はおおよそ何人でしたか。おわかりの範囲でお答えください。

- ① 0人
- ② 1～2人
- ③ 3～5人
- ④ 6～10人
- ⑤ 11人以上

8. 5と6で「いなかつた」「いない」「わからない」と回答された方にお尋ねします。

- | | | |
|----------------------------------------------------------|----|-----|
| ① 訪問看護の利用を考えたことがありますか。 | はい | いいえ |
| ② 小児の訪問看護が可能であることを知っていましたか。 | はい | いいえ |
| ③ 小児の訪問看護では何ができるかの情報をお持ちですか。 | はい | いいえ |
| ④ 小児の訪問看護が可能なステーションの所在を知っていますか。 | はい | いいえ |
| ⑤ 小児の訪問看護についての情報を得られる所を知っていますか。 | はい | いいえ |
| ⑥ 小児の訪問看護について話題になったことはありますか。
→「はい」とお答えの方：それはどんな内容ですか。 | はい | いいえ |

（ ）

9. 全ての方がお答え下さい。

以下に訪問看護の機能をあげます。それについて知っている機能には左の（ ）に○をつけ、さらに右の選択肢「1. 利用を勧めない」、「2. あまり利用を勧めない」、「3. 機会があれば利用を勧める」、「4. 利用を勧める」の1～4のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。（下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい）

知つ てい る 機 能 に ○	訪 問 看 護 の 機 能 と し て	対象は慢性長期的疾患を持つお子さんや重症のお子さんまで含みます。 この場合、小児とは0歳～18歳までを指します。	4	3	2	1
			利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

<看護サービスについて>

- () 1. 個々の児の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理について家族の相談に応じます。 ----- 4 3 2 1
- () 2. 児の状況に応じた療育方法や成長発達について家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。 ----- 4 3 2 1
- () 3. 家庭での介護方法や療育環境についての指導や助言を行います。 ----- 4 3 2 1
- () 4. 医療機器の管理・点検・指導を行います（H P N、H O T、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネプライザー、人工呼吸器など）。 ----- 4 3 2 1
- () 5. 在宅での褥瘡や創傷の処置・管理を行います（褥瘡、オムツかぶれ、外傷等）。 ----- 4 3 2 1
- () 6. 日常生活の援助としての看護を提供します（清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など）。 ----- 4 3 2 1
- () 7. 家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。 ----- 4 3 2 1
- () 8. 精神的な援助を提供します（両親の相談相手、専門機関への連絡など）。 ----- 4 3 2 1
- () 9. 外出の援助（外出の援助、福祉車両やホームヘルパーの手配など）。 ----- 4 3 2 1

<リハビリテーションについて>

- () 10. P T、O Tが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。 ----- 4 3 2 1

訪問看護の機能として
知っている機能に○

		4	3	2	1
		利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

- () 11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等の導入や活用を行うと共に使用状況をモニターします。-----

4 3 2 1

- () 12. 家族にリハビリテーションの方法を指導します。-----

4 3 2 1

<栄養指導について>

- () 13. 栄養状態や摂取能力の把握と問題分析を行います。-----

4 3 2 1

- () 14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）の指導や栄養補助食品の紹介や手配を行います。-----

4 3 2 1

- () 15. ホームヘルパーや配食サービスなどのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を設定します。--

4 3 2 1

- () 16. 摂食能力の低下した児への対応や家族への指導、栄養補助食品の紹介や手配を行います。-----

4 3 2 1

<ケアマネジメントについて>

- () 17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、家に帰ることに向けて必要な情報を提供します。-----

4 3 2 1

- () 18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、ショートステイ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスバイト施設など）。-----

4 3 2 1

- () 19. ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。-----

4 3 2 1

- () 20. 必要時ケースカンファレンスの開催を主催します。-----

4 3 2 1

- () 21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。-----

4 3 2 1

- () 22. 児と家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。-----

4 3 2 1

- () 23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。-----

4 3 2 1

10. 現在訪問看護ステーションの利用を勧めたいと思う患児はいますか。
① いる
② いない
③ わからない
11. 小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等は公費医療で訪問看護の訪問看護料の自己負担金がかからないことを知っていましたか。
① 知っている ② 知らない
12. 訪問回数は通常週3回まで、1回1時間半程度まで利用できるということを知っていますか。
① 知っている ② 知らない
13. 訪問看護ステーションとの連携の仕方について、是非ご意見を下さい。

小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

子どもの在宅療養について、相談を受けている方への質問紙（保健所）

質問紙は全部で4ページです。以下の質問にご回答ください。

1. あなたの職種（資格）について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

- ① 医師 ② 看護職（保健婦・看護婦・助産婦・准看護婦）
- ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士 ⑤ ソーシャルワーカー
- ⑥ 事務 ⑦ その他（ ）

2. あなたの職位について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

- ① 部長 ② 課長 ③ 係長 ④ 一般職
- ⑤ その他（ ）

3. 子どもの在宅療養に関する相談をどのくらい受けますか。該当する番号に○を付けて下さい。

- ① ほとんどない ② ときどきある ③ よくある

4. 子どもの在宅療養に訪問看護が援助できることを知っていますか。

- ① 知らない ② 知っている

5. 相談を受けたなかで、訪問看護が必要ではないかと検討された経験がありますか。

- ① ない → <質問7へ>
- ② ある → <質問6へ>

6. 5で「②ある」と答えた方へお聞きします。

相談を受けたケースについて訪問看護を依頼したことがありますか。依頼した経験のある方は、この1年での依頼件数をお答え下さい。

- ① ない ② ある → () 件

7. 5で「①ない」と答えた方へお聞きします。依頼しなかった理由を選んでください。

① 地域に訪問看護ステーションがない。

② 訪問看護ステーションはあるが、子どもの訪問看護を実施していない。

③ 子どもの訪問看護は実施しているが、ケースの条件（病状、医療器具など）に合わなかった。

④ 家族の希望と合わなかった。

⑤ 子どもの主治医が賛成しなかった。

⑥ その他（ ）

8. 全ての方がお答え下さい。

以下に訪問看護の機能をあげます。それについて知っている機能には左の（ ）に○をつけ、さらに右の選択肢「1. 利用を勧めない」、「2. あまり利用を勧めない」、「3. 機会があれば利用を勧める」、「4. 利用を勧める」の1～4のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。（下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい）

対象は慢性長期的疾患を持つお子さんや重症のお子さんまで含みます。

この場合、小児とは0歳～18歳までを指します。

知っている機能として 訪問看護の機能として ○		4	3	2	1
		利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

<看護サービスについて>

- () 1. 個々の児の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理について家族の相談に応じます。 ----- 4 3 2 1
- () 2. 児の状況に応じた療育方法や成長発達について家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。 ----- 4 3 2 1
- () 3. 家庭での介護方法や療育環境についての指導や助言を行います。 ----- 4 3 2 1
- () 4. 医療機器の管理・点検・指導を行います（H P N、H O T、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネブライザー、人工呼吸器など）。 ----- 4 3 2 1
- () 5. 在宅での褥瘡や創傷の処置・管理を行います（褥瘡、オムツかぶれ、外傷等）。----- 4 3 2 1
- () 6. 日常生活の援助としての看護を提供します（清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など）。----- 4 3 2 1
- () 7. 家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。----- 4 3 2 1
- () 8. 精神的な援助を提供します（両親の相談相手、専門機関への連絡など）。----- 4 3 2 1
- () 9. 外出の援助（外出の援助、福祉車両やホームヘルパーの手配など）。----- 4 3 2 1
- <リハビリテーションについて>
- () 10. P T、O Tが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。----- 4 3 2 1

4	3	2	1
利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

- () 11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等の導入や活用を行うと共に使用状況をモニターします。 ----- 4 3 2 1

- () 12. 家族にリハビリテーションの方法を指導します。 ----- 4 3 2 1

<栄養指導について>

- () 13. 栄養状態や摂取能力の把握と問題分析を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）の指導や栄養補助食品の紹介や手配を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 15. ホームヘルパーや配食サービスなどのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を設定します。 -- 4 3 2 1

- () 16. 摂食能力の低下した児への対応や家族への指導、栄養補助食品の紹介や手配を行います。 ----- 4 3 2 1

<ケアマネジメントについて>

- () 17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、家に帰ることに向けて必要な情報を提供します。 ----- 4 3 2 1

- () 18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、シヨーネースティ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスパイト施設など）。 ----- 4 3 2 1

- () 19. ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 20. 必要時ケースカンファレンスの開催を主催します。 ----- 4 3 2 1

- () 21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 22. 児と家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。 ----- 4 3 2 1

- () 23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。 ----- 4 3 2 1

9. 現在訪問看護ステーションの利用を勧めたいと思う患児はいますか。
① いる
② いない
③ わからない
10. 小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等は公費医療で訪問看護の訪問看護料の自己負担金がかからないことを知っていましたか。
① 知っている ② 知らない
11. 訪問回数は通常週3回まで、1回1時間半程度まで利用できるということを知っていますか。
① 知っている ② 知らない
12. 訪問看護ステーションとの連携の仕方について、是非ご意見を下さい。

小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

子どもの在宅療養について、相談を受けている方への質問紙（福祉事務所）

質問紙は全部で4ページです。以下の質問にご回答ください。

1. あなたの職種（資格）について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

- | | | |
|---------|-------------------------|-------------|
| ① 医師 | ② 看護職（保健婦・看護婦・助産婦・准看護婦） | |
| ③ 社会福祉士 | ④ 介護福祉士 | ⑤ ソーシャルワーカー |
| ⑥ 事務 | ⑦ その他（ ） | |

2. あなたの職位について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

- | | | | |
|----------|------|------|-------|
| ① 部長 | ② 課長 | ③ 係長 | ④ 一般職 |
| ⑤ その他（ ） | | | |

3. 子どもの在宅療養に関する相談をどのくらい受けますか。該当する番号に○を付けて下さい。

- | | | |
|----------|----------|--------|
| ① ほとんどない | ② ときどきある | ③ よくある |
|----------|----------|--------|

4. 子どもの在宅療養に訪問看護が援助できることを知っていますか。

- | | |
|--------|---------|
| ① 知らない | ② 知っている |
|--------|---------|

5. 相談を受けたなかで、訪問看護が必要ではないかと検討された経験がありますか。

- | | |
|---------------|---------------|
| ① ない → <質問7へ> | ② ある → <質問6へ> |
|---------------|---------------|

6. 5で「②ある」と答えた方へお聞きします。

相談を受けたケースについて訪問看護を依頼したことがありますか。依頼した経験のある方は、この1年での依頼件数をお答え下さい。

- | | |
|------|--------------|
| ① ない | ② ある → () 件 |
|------|--------------|

7. 5で「①ない」と答えた方へお聞きします。依頼しなかった理由を選んでください。

① 地域に訪問看護ステーションがない。

② 訪問看護ステーションはあるが、子どもの訪問看護を実施していない。

③ 子どもの訪問看護は実施しているが、ケースの条件（病状、医療器具など）に合わなかった。

④ 家族の希望と合わなかった。

⑤ 子どもの主治医が賛成しなかった。

⑥ その他（ ）

8. 全ての方がお答え下さい。

以下に訪問看護の機能をあげます。それについて知っている機能には左の（ ）に○をつけ、さらに右の選択肢「1. 利用を勧めない」、「2. あまり利用を勧めない」、「3. 機会があれば利用を勧める」、「4. 利用を勧める」の1～4のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。（下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい）

対象は慢性長期的疾患を持つお子さんや重症のお子さんまで含みます。

この場合、小児とは0歳～18歳までを指します。

知 つ て い る 機 能 に ○	訪 問 看 護 の 機 能 と し て	利用を勧めない			
		4	3	2	1
		利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

<看護サービスについて>

- () 1. 個々の児の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理について家族の相談に応じます。-----

4 3 2 1

- () 2. 児の状況に応じた療育方法や成長発達について家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。-----

4 3 2 1

- () 3. 家庭での介護方法や療育環境についての指導や助言を行います。-----

4 3 2 1

- () 4. 医療機器の管理・点検・指導を行います（H P N、H O T、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネプライザー、人工呼吸器など）。-----

4 3 2 1

- () 5. 在宅での褥瘡や創傷の処置・管理を行います（褥瘡、オムツかぶれ、外傷等）。-----

4 3 2 1

- () 6. 日常生活の援助としての看護を提供します（清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など）。-----

4 3 2 1

- () 7. 家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。-----

4 3 2 1

- () 8. 精神的な援助を提供します（両親の相談相手、専門機関への連絡など）。-----

4 3 2 1

- () 9. 外出の援助（外出の援助、福祉車両やホームヘルパーの手配など）。-----

4 3 2 1

<リハビリテーションについて>

- () 10. P T、O Tが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。-----

4 3 2 1

訪問看護の機能として
知つていい機能に○

4	3	2	1
利用を勧める	機会があれば利用を勧める	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

- () 11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等の導入や活用を行うと共に使用状況をモニターします。 -----

4 3 2 1

- () 12. 家族にリハビリテーションの方法を指導します。 -----

4 3 2 1

<栄養指導について>

- () 13. 栄養状態や摂取能力の把握と問題分析を行います。 -----

4 3 2 1

- () 14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）の指導や栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4 3 2 1

- () 15. ホームヘルパーや配食サービスなどのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を設定します。 --

4 3 2 1

- () 16. 摂食能力の低下した児への対応や家族への指導、栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4 3 2 1

<ケアマネジメントについて>

- () 17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、家に帰ることに向けて必要な情報を提供します。 -----

4 3 2 1

- () 18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、シヨーネステイ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスパイト施設など）。 -----

4 3 2 1

- () 19. ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。 -----

4 3 2 1

- () 20. 必要時ケースカンファレンスの開催を主催します。 -----

4 3 2 1

- () 21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。 -----

4 3 2 1

- () 22. 児と家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。 -----

4 3 2 1

- () 23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。 -----

4 3 2 1

9. 現在訪問看護ステーションの利用を勧めたいと思う患児はいますか。
① いる
② いない
③ わからない
10. 小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等は公費医療で訪問看護の訪問看護料の自己負担金がかかるないことを知っていましたか。
① 知っている ② 知らない
11. 訪問回数は通常週3回まで、1回1時間半程度まで利用できるということを知っていますか。
① 知っている ② 知らない
12. 訪問看護ステーションとの連携の仕方について、是非ご意見を下さい。

小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

子どもの在宅療養について、相談を受けている方への質問紙（児童相談所）

質問紙は全部で4ページです。以下の質問にご回答ください。

1. あなたの職種（資格）について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

- ① 医師 ② 看護職（保健婦・看護婦・助産婦・准看護婦）
- ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士 ⑤ ソーシャルワーカー
- ⑥ 事務 ⑦ その他（ ）

2. あなたの職位について該当する番号に○をつけて下さい。（「その他」の場合はカッコ内に具体的にご記入ください）

- ① 部長 ② 課長 ③ 係長 ④ 一般職
- ⑤ その他（ ）

3. 子どもの在宅療養に関する相談をどのくらい受けますか。該当する番号に○を付けて下さい。

- ① ほとんどない ② ときどきある ③ よくある

4. 子どもの在宅療養に訪問看護が援助できることを知っていますか。

- ① 知らない ② 知っている

5. 相談を受けたなかで、訪問看護が必要ではないかと検討された経験がありますか。

- ① ない → <質問7へ>
- ② ある → <質問6へ>

6. 5で「②ある」と答えた方へお聞きします。

相談を受けたケースについて訪問看護を依頼したことがありますか。依頼した経験のある方は、この1年での依頼件数をお答え下さい。

- ① ない ② ある → （ ）件

7. 5で「①ない」と答えた方へお聞きします。依頼しなかった理由を選んでください。

① 地域に訪問看護ステーションがない。

② 訪問看護ステーションはあるが、子どもの訪問看護を実施していない。

③ 子どもの訪問看護は実施しているが、ケースの条件（病状、医療器具など）に合わなかった。

④ 家族の希望と合わなかった。

⑤ 子どもの主治医が賛成しなかった。

⑥ その他（ ）

8. 全ての方がお答え下さい。

以下に訪問看護の機能をあげます。それについて知っている機能には左の（ ）に○をつけ、さらに右の選択肢「1. 利用を勧めない」、「2. あまり利用を勧めない」、「3. 機会があれば利用を勧める」、「4. 利用を勧める」の1～4のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。（下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい）

対象は慢性長期的疾患を持つお子さんや重症のお子さんまで含みます。

この場合、小児とは0歳～18歳までを指します。

知つ て いる 機能 に ○	訪問 看護 の 機能 として		4	3	2	1
			利用 を 勧 め る	機 会 が あ れ ば 利 用 を 勧 め る	あ ま り 利 用 を 勧 め な い	利 用 を 勧 め な い

<看護サービスについて>

- () 1. 個々の児の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理について家族の相談に応じます。----- 4 3 2 1
- () 2. 児の状況に応じた療育方法や成長発達について家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。----- 4 3 2 1
- () 3. 家庭での介護方法や療育環境についての指導や助言を行います。----- 4 3 2 1
- () 4. 医療機器の管理・点検・指導を行います（HPN、HOT、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネプライザー、人工呼吸器など）。----- 4 3 2 1
- () 5. 在宅での褥瘡や創傷の処置・管理を行います（褥瘡、オムツかぶれ、外傷等）。----- 4 3 2 1
- () 6. 日常生活の援助としての看護を提供します（清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など）。----- 4 3 2 1
- () 7. 家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。----- 4 3 2 1
- () 8. 精神的な援助を提供します（両親の相談相手、専門機関への連絡など）。----- 4 3 2 1
- () 9. 外出の援助（外出の援助、福祉車両やホームヘルパーの手配など）。----- 4 3 2 1
- <リハビリテーションについて>
- () 10. P.T.、OTが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP.T.、OTとでリハビリの実施、評価を行います。----- 4 3 2 1

訪問看護の機能として
知っている機能に○

4	3	2	1
利用を勧める	機会があれば利用を勧めない	あまり利用を勧めない	利用を勧めない

- () 11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等の導入や活用を行うと共に使用状況をモニターします。 ----- 4 3 2 1

- () 12. 家族にリハビリテーションの方法を指導します。 ----- 4 3 2 1

<栄養指導について>

- () 13. 栄養状態や摂取能力の把握と問題分析を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）の指導や栄養補助食品の紹介や手配を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 15. ホームヘルパーや配食サービスなどのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を設定します。 -- 4 3 2 1

- () 16. 摂食能力の低下した児への対応や家族への指導、栄養補助食品の紹介や手配を行います。 ----- 4 3 2 1

<ケアマネジメントについて>

- () 17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、家に帰ることに向けて必要な情報を提供します。 ----- 4 3 2 1

- () 18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、シヨーネステイ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスパイト施設など）。 ----- 4 3 2 1

- () 19. ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 20. 必要時ケースカンファレンスの開催を主催します。 ----- 4 3 2 1

- () 21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。 ----- 4 3 2 1

- () 22. 児と家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。 ----- 4 3 2 1

- () 23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。 ----- 4 3 2 1

9. 現在訪問看護ステーションの利用を勧めたいと思う患児はいますか。
① いる
② いない
③ わからない
10. 小児慢性特定疾患、重度障害、難病、乳児医療等は公費医療で訪問看護の訪問看護料の自己負担金がかからないことを知っていましたか。
① 知っている ② 知らない
11. 訪問回数は通常週3回まで、1回1時間半程度まで利用できるということを知っていますか。
① 知っている ② 知らない
12. 訪問看護ステーションとの連携の仕方について、是非ご意見を下さい。

小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

訪問看護を利用している御家族の方へのアンケート
質問紙は全部で5ページです。以下の質問にお答え下さい。

1. 訪問看護を利用されているお子様やご家族についてお答えください。

1) お子様の年齢：_____歳 _____カ月

2) お子様の病名：_____

3) お子様の発病年齢：_____歳 _____カ月

4) 発病後のおおよその入院期間：_____年 _____カ月
(合計)

5) お子様は身体障害者手帳を使っていますか。

①いる 等級は何ですか () ②いない

6) お子様は療育手帳（東京都では「愛の手帳」）を使っていますか。

①いる 等級は何ですか () ②いない

7) そのほかに医療費の助成等を受けていますか。

①いる 以下の該当するものを○で囲んで下さい。

[難病 小児慢性特定疾患 乳(幼)児医療 一人親家庭 育成医療]

②いない

8) 家庭で主にお子様のお世話をしている人。 [当てはまる番号（2つ以上でもよい）に○をつけてください。]

①母 ②父 ③祖母 ④祖父 ⑤きょうだい ⑥おじ ⑦おば

⑧その他（お子様から見た関係は：)

9) お子様のお世話をする上で相談するのは誰ですか。

[当てはまる番号（2つ以上でもよい）に○をつけてください。]

①家族 ②医師 ③看護婦 ④保健婦 ⑤通所施設・療育センター等の職員

⑥学校・養護学校の教員 ⑦ケースワーカー（どこの：)

⑧患者会関係者 ⑨知人（近所の人など） ⑩その他（具体的に：)

2. 訪問看護ステーションを利用してからどのくらいでしょうか。該当する番号に○を付けて下さい。

① 6ヶ月未満 ② 6ヶ月～1年未満 ③ 1年～2年未満

④ 2年以上

3. 現在訪問看護を受けている回数と訪問滞在時間を教えて下さい。該当する番号に○を付けて下さい。

<回数>

- ① 月1回～2回 ② 週1回 ③ 週2回～3回 ④ 週4回以上

<滞在時間>

- ① おおよそ30分 ② 30分～60分 ③ 60分～90分 ④ 90分以上

4. 現在受けているらっしゃる訪問看護に満足していますか。該当する番号に○を付けて下さい。また、その理由をお書き下さい。

- ① 満足している
② やや満足している
③ やや不満
④ 不満

主な理由

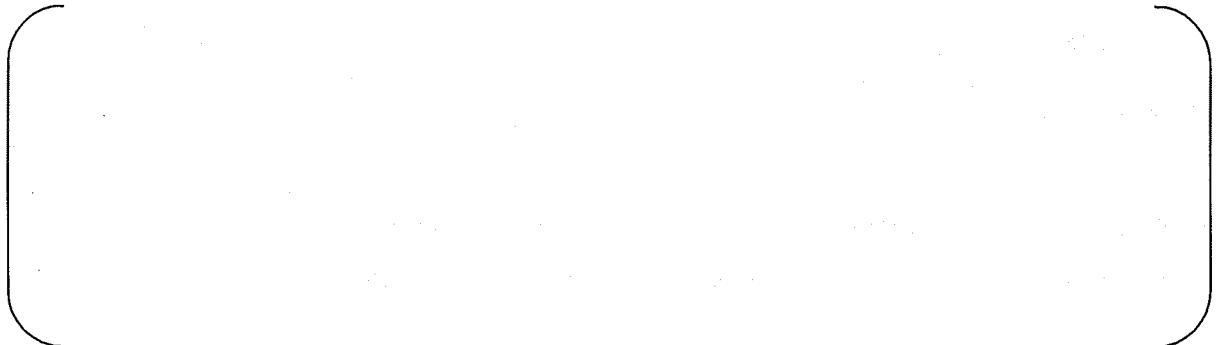


5. 在宅療養に対してどのように感じていらっしゃいますか。該当する番号に○を付けて下さい。また、その理由をお書き下さい。

在宅療養して ① 良かった

- ② まあまあ良かった
③ 少し後悔
④ しなければ良かった

主な理由



6. 以下に訪問看護の機能をあげています。それぞれの機能について、今後利用なさるお気持ちがあるかどうかお答え下さい。

右の選択肢「1. 利用するつもりはない」、「2. あまり利用したくない」、「3. 機会があれば（あるいは必要となったら）利用したい」、「4. 現在利用している」のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。（下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい）

	4	3	2	1
	現在利用している	機会があれば利用したい	あまり利用したくない	利用するつもりはない

<看護サービスについて>

1. お子様の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理についてご家族の相談に応じます。-----

4 3 2 1

2. お子様の状況に応じた療育方法や成長発達についてご家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。-----

4 3 2 1

3. ご家庭での介護方法や療育環境についてのアドバイスを致します。----- 4 3 2 1

4. 医療機器の管理・点検・指導を行います（H P N、H O T、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネブライザー、人工呼吸器など）。-----

4 3 2 1

5. 在宅での褥瘡やオムツかぶれ、傷等の処置を行い、良い状態に保てるよう援助します。----- 4 3 2 1

6. 日常生活の援助としての看護を提供します（清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など）。----- 4 3 2 1

7. ご家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、ご家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。----- 4 3 2 1

8. ご両親の精神面での相談をお受けします。また、必要に応じて適切な相談機関をご紹介します。----- 4 3 2 1

9. 外出の援助をしたり、外出に必要な福祉車両やホームヘルパーの手配などを致します。----- 4 3 2 1

				1 つもりはない
			2 あまり利用 しない	
	3 現 在 利 用 し て い る		4 機 会 が あ れ ば 利 用 し た い	

<リハビリテーションについて>

10. P T、O Tが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。 -----

4 3 2 1

11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等を適切に活用できるように、導入から継続的に援助します。 -----

4 3 2 1

12. ご家族にリハビリテーションの方法をアドバイス致します。 -----

4 3 2 1

<栄養指導について>

13. 栄養状態や摂取機能を把握し、問題について検討致します。 -----

4 3 2 1

14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）のアドバイスや栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4 3 2 1

15. ホームヘルパーや配食サービスなどのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を作れるよう援助します。 -----

4 3 2 1

16. 食事の摂りにくいお子様への対応やご家族へのアドバイス、栄養補助食品の紹介や手配を行います。 -----

4 3 2 1

<ケアマネージメントについて>

17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、ご家庭に帰ることに向けて必要な情報を提供します。 -----

4 3 2 1

18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、ショートステイ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスパイト施設など）。 -----

4 3 2 1

19. ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。 -----

4 3 2 1

20. 必要時、関係者間での話し合いが持てるよう調整します。 -----

4 3 2 1

4	3	2	1
現在 利用 して いる	機会 が あ れ ば 利 用 し た い	あ ま り 利 用 し た く 不 可 能	利 用 す る つ も り は な い

21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。----- 4 3 2 1
22. お子様とご家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。 ----- 4 3 2 1
23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。----- 4 3 2 1

7. 小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。

訪問看護を利用していない御家族への質問紙

質問紙は全部で5ページです。質問紙は以下の質問にお答えください。

1. 病気のお子様やご家族についてお答えください。

1) お子様の年齢：_____歳 _____か月

2) お子様の病名：_____

3) お子様の発病年齢：_____歳 _____か月

4) 発病後のおおよその入院期間：_____年 _____か月
(合計)

5) お子様は身体障害者手帳を使っていますか。

①いる 等級は何ですか () ②いない

6) お子様は療育手帳（東京都では「愛の手帳」）を使っていますか。

①いる 等級は何ですか () ②いない

7) そのほかに医療費の助成等を受けていますか。

①いる 以下の該当するものを○で囲んで下さい。

[難病 小児慢性特定疾患 乳(幼)児医療 一人親家庭 育成医療]

②いない

8) ご家庭で主にお子様のお世話をしている人。 [当てはまる番号（2つ以上でもよい）に○をつけてください。]

①母 ②父 ③祖母 ④祖父 ⑤きょうだい ⑥おじ ⑦おば

⑧その他（お子様から見た関係は： ）

9) お子様のお世話をする上で相談するのは誰ですか。

[当てはまる番号（2つ以上でもよい）に○をつけてください。]

①家族 ②医師 ③看護婦 ④保健婦 ⑤通所施設・療育センター等の職員

⑥学校・養護学校の教員 ⑦ケースワーカー（どこの： ）

⑧患者会関係者 ⑨知人（近所の人など） ⑩その他（具体的に： ）

2. 訪問看護についてお答えください。

当てはまる番号を一つ〇で囲んでください。また（ ）内に理由や具体的な内容をお書きください。

1) 訪問看護を利用したことがありますか？

①利用したことがある

利用をやめた理由をお書きください

←→3ページ 3. の質問へ>

②利用したことがない <→2ページ 2)の質問へ>

2) 小児の訪問看護についてご存じですか？

①知らない <→3ページ 3. の質問へ>

②知っている <→次の 3)4)の質問へ>

3) 小児の訪問看護についてどのようにお知りになりましたか？

①紹介された

②調べた

4) 訪問看護を利用しなかった理由は何ですか。

当てはまる番号（2つ以上でもよい）に〇をつけてください。

①経済的に負担だった

②手続きなどが面倒に思った

③その訪問看護ステーションでは子どもを対象としていなかった

④子どもの条件（状態）がそのステーションでは無理だった

⑤希望する内容とステーションのサービス内容が異なった

具体的にお書きください：

⑥家族で世話が出来るため必要がなかった

⑦他人が家庭に入るのが煩わしかった

⑧その他

具体的にお書きください：

<→3ページ 3. の質問へ>

3. 以下に訪問看護の機能をあげています。それぞれの機能について、今後利用なさるお気持ちがあるかお答え下さい。

右の選択肢「1. 利用するつもりはない」、「2. あまり利用したくない」、「3. 機会があれば（あるいは必要となったら）利用したい」、「4. 利用してみたい」のうち、当てはまる番号を○で囲んで下さい。（下線部の用語の説明は別添のピンク色の用紙をご参照下さい）

4 利用してみたい	3 機会があれば利用したい	2 あまり利用したくない	1 利用するつもりはない
--------------	------------------	-----------------	-----------------

<看護サービスについて>

1. お子様の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行い、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理についてご家族の相談に応じます。-----

4 3 2 1

2. お子様の状況に応じた療育方法や成長発達についてご家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。-----

4 3 2 1

3. 家庭での介護方法や療育環境についてのアドバイスを致します。-----

4 3 2 1

4. 医療機器の管理・点検・助言を行います（H P N、H O T、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネブライザー、人工呼吸器など）。-----

4 3 2 1

5. 在宅での褥瘡やオムツかぶれ、傷等の処置を行い、良い状態に保てるよう援助します。-----

4 3 2 1

6. 日常生活の援助としての看護を提供します（清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など）。-----

4 3 2 1

7. ご家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、ご家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。-----

4 3 2 1

8. ご両親の精神面での相談をお受けします。また、必要に応じて適切な相談機関をご紹介します。-----

4 3 2 1

9. 外出の援助をしたり、外出に必要な福祉車両やホームヘルパーの手配などを致します。-----

4 3 2 1

	4 利用してみたい	3 機会があれば利用したい	2 あまり利用したくない	1 つもりはない
<リハビリテーションについて>				
10. <u>P T</u> 、 <u>O T</u> が訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とP T、O Tとでリハビリの実施、評価を行います。-----	4	3	2	1
11. 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等を適切に活用できるように、導入から継続的に援助します。-----	4	3	2	1
12. ご家族にリハビリテーションの方法をアドバイス致します。-----	4	3	2	1
<栄養指導について>				
13. 栄養状態や摂取機能を把握し、問題について検討致します。-----	4	3	2	1
14. 食事療法（糖尿病食、腎臓病食、ダイエット食、嚥下食など）のアドバイスや栄養補助食品の紹介や手配を行います。-----	4	3	2	1
15. ホームヘルパーや <u>配食サービス</u> などのサービスをコーディネートし食事がきちんと提供できる環境を作れるよう援助します。-----	4	3	2	1
16. 食事の摂りにくいお子様への対応やご家族へのアドバイス、栄養補助食品の紹介や手配を行います。-----	4	3	2	1
<ケアマネジメントについて>				
17. 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、ご家庭に帰ることに向けて必要な情報を提供します。-----	4	3	2	1
18. 各種関連機関との連絡調整を行います（ホームヘルプ、 <u>ショートステイ</u> 、 <u>入浴サービス</u> 、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、 <u>レスパイト施設</u> など）。-----	4	3	2	1
19. <u>ケアプラン</u> を作成し、各種サービスの手配と調整を行います。-----	4	3	2	1
20. 必要時、関係者間での話し合いが持てるよう調整します。-----	4	3	2	1

4	3	2	1
利用してみたい	機会があれば利用したい	あまり利用したくない	全く利用するつもりはない

21. 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。----- 4 3 2 1
22. お子様とご家族の状態にあった緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。----- 4 3 2 1
23. 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。
また、必要時は緊急訪問します。----- 4 3 2 1
4. 小児の訪問看護のご利用についてご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました

用語の説明

* アンダーラインを引いた用語について、お分かりになりにくときはこちらをご覧下さい。

4 **H P N** 在宅での中心静脈栄養法：鎖骨下等の太い静脈にカテーテル（管）を挿入し、高カロリーの輸液を行う方法。

4 **H O T** 在宅酸素療法。

4 **膀胱留置カテーテル** 膀胱内に管を留置して尿を体外に出す方法。

4 **各種ストーマ** 瘢孔（皮膚に開けた穴）のこと。大腸と通じて排便機能のあるコロストミー、膀胱に通じて排尿機能のあるウロストミーなどがある。

4 **経管栄養** 鼻や胃に開けた瘻孔（胃瘻）から栄養を注入する方法。

4 **吸引器** 自分で痰を喀出できないときに、痰を吸引するために用いる機械。

4 **ネブライザー** 痰などを柔らかくして出しやすくする為の薬剤を吸入する機械。

4 **人工呼吸器** 自力で充分な呼吸ができないときに、呼吸を助ける機械で、気管に直接空気を送り込むタイプと鼻マスクを使用するタイプがある。

5 **褥瘡** 床ずれとも言い、全身状態が悪い時などに長時間皮膚に圧迫が加わるとできる傷。

6 **清拭** 体を拭くこと。

7 **留守番看護** 医療ケアやリハビリの必要な児に対してケアを行っている間に保護者が外出したり、休憩を取ること。

9 **福祉車両** 車椅子ごと乗れるリフト付きの車や担架対応の車。

9 **ホームヘルパー** 自宅を訪問して介護を提供する職種。訪問介護員とも言う。
ただし、小児の場合（18歳以下）は保護者のいる時でないと利用できない。

10 **P T** 理学療法士：リハビリの専門職で運動や呼吸のリハビリを行う。

10 **O T** 作業療法士：リハビリの専門職で運動・感覚・認知・精神面等のリハビリを行う。

15 **配食サービス** 自宅に食事や食材、レシピを届けるサービス。調理済みで保温庫の貸し出しがあるタイプから、冷凍になっておりレンジで解凍して食べるタイプ、食材とレシピを届けるタイプ等がある。普通食の他に糖尿病食や腎不全食等がある。

18 **ショートステイ** 家族が介護できない期間、施設等で預かり（宿泊して）介護するサービス。

- 18 **入浴サービス** 浴槽を自宅に持ち込み、室内で介助浴を施行するサービス。
- 18 **レスパイト施設** 家族の休養などの為に児の介護をする施設。日中のみ、または宿泊できる施設もある。
- 19 **ケアプラン** 本人や家族の状況をふまえて、どの様な目的で、どのサービスを、どの程度利用したらよいかを明確にした計画。週間プランと月間プランがある。
- 20 **ケースカンファレンス** サービスを利用していく上での問題点を話し合い、解決に向けての方法を検討する場。
- 22 **緊急時の体制** 病状の急変時や転倒事故、災害時や停電など、起こりうる危険についてあらかじめ対処方法を決めておき、すぐに対応できるようにしておくこと。
- 23 **24時間電話相談** 病状や困っていることに対して 24 時間、電話での相談に応じること。ステーションによっては相談された状況に応じて、引き続き、緊急訪問看護を行う所もある。
- 23 **緊急訪問** 電話で相談を受けた場合、状況に応じて緊急に訪問看護を行うこと。ステーションによっては 24 時間の連絡体制を取っているところと、取っていないところがある。

訪問看護ステーションへの質問紙

このアンケートは全部で5枚です

昨年6月に訪問看護事業協会からアンケートをさせていただき、「小児の訪問看護を現在行なっている」または「今後行なう予定である」とお答えいただいたステーションへお伺いしています。

1. 貴事業所の概要についてお伺いします。

1) 設置主体

該当する番号1つを選び○をつけて下さい。

- ①国・地方公共団体 ②医療法人 ③社会福祉法人 ④公的・社会保険関係団体
⑤医師会 ⑥看護協会 ⑦民間会社 ⑧その他 ()

2) スタッフの職種と人数

下記の表に貴事業所における職種毎の人数をお書き下さい。その他の職種は空欄に職種名もお書き下さい。

職種		常勤	非常勤
看護職	看護婦	人	人
	准看護婦	人	人
	保健婦	人	人
介護福祉士		人	人
理学療法士		人	人
作業療法士		人	人
ソーシャルワーカー		人	人
事務職		人	人
その他		人	人
		人	人
		人	人
		人	人

3) 看護スタッフの経験

病院等において、小児看護の臨床経験をもつ看護スタッフはいらっしゃいますか？

該当する番号1つを選び○をつけて下さい。「いる」場合には()内に人数もお書き下さい。

- ①いる ()人 ②いない

4) 小児の訪問看護を

- () 現在、行なっている。
() 現在行なっていないが、今後行なうつもりである。
() 過去には行なっていたが、今後は行なうつもりはない。

該当するものに○をつけて下さい。

2. 以下にステーションが行なう訪問看護の機能をあげています。貴ステーションにおいて、小児(0～18歳)を対象として、以下の機能を提供することが可能かどうかについて右の選択肢「4.提供できる」、「3.条件が整えば提供できる」、「2.提供できない」、「1.訪問看護の機能として捉えていない」の中からお答え下さい。また、「条件により可能」な場合はその条件を、「できない」場合にはその理由を右欄にお書き下さい。

提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由	提 供 で き る 提 供 条 件 ま た は 理 由
1 個々の児の病状や障害の状態に応じて健康状態や病状の観察を行ひ、異常があれば主治医に連絡を取ります。又、健康管理について家族の相談に応じます。	4	3	2	1				
2 児の状況に応じた療育方法や成長発達について家族の相談に乗り、必要に応じて主治医や関連機関に連絡を取ります。また、毎月の様子を主治医に報告します。	4	3	2	1				
3 家庭での介護方法や療育環境についての指導や助言を行います。	4	3	2	1				
4 医療機器の管理・点検・指導を行います(HPN、HOT、膀胱留置カテーテル、各種ストーマ、経管栄養、吸引器、ネプライザー、人工呼吸器など)。	4	3	2	1				
5 在宅での褥瘡や創傷の処置・管理を行います(褥瘡、オムツかぶれ、外傷等)。	4	3	2	1				
6 日常生活の援助としての看護を提供します(清拭、洗髪、入浴介助、家庭での処置やその介助など)。	4	3	2	1				
7 家族の方が必要な用事を済ませられるように、又、家族の方の介護負担軽減のために留守番看護を提供します。	4	3	2	1				
8 精神的な援助を提供します(両親の相談相手、専門機関への連絡など)。	4	3	2	1				
9 外出の援助(外出の援助、福祉車両やホームヘルパーの手配など)。	4	3	2	1				

提供できる
提条件が整
りきれない
て能訪
いと問
いて護の
機え提

条 件 ままたは 理 由
10 PT、OTが訪問し、個別にリハビリのプログラムを作成し、看護婦とPT、OTとでリハビリの実施、評価を行います。
11 住宅改修や福祉用具、介護用具、自助具等の導入や活用を行うと共に使用状況をモニターします。
12 家族にリハビリテーションの方法を指導します。

＜栄養指導について＞
13 栄養状態や摂取能力の把握と問題分析を行います。

4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

＜ケアマネージメントについて＞					
	提供できる	提供条件が整えば	提供できない	て能訪 いと問 ないで看 護の提 機元	条 件 までは 理 由
17 退院に向けて、在宅でのサポート体制を整えたり、家に帰ることに向けて必要な情報を提供します。		4	3	2	1
18 各種関連機関との連絡調整を行います(ホームヘルプ、ショートステイ、入浴サービス、福祉用具取り扱い事業者、栄養補助食品取り扱い事業者、福祉事務所、保健所、療育センター、養護学校、レスパイト施設など)。		4	3	2	1
19 ケアプランを作成し、各種サービスの手配と調整を行います。		4	3	2	1
20 必要時ケースカンファレンスの開催を主催します。		4	3	2	1
21 各種手続きの代行や必要書類の作成を行います。		4	3	2	1
22 見ど家族の状態にあつた緊急時の体制を整える為に各機関との連絡調整を行ったり、必要な情報を提供します。		4	3	2	1
23 24時間の電話による看護婦の相談体制を提供します。 また、必要時は緊急訪問します。		4	3	2	1

3. 小児の訪問看護を提供していくことについてのご意見をお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

訪問看護ステーションへの質問紙（地区調査）

A. 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. 職員について

1) 看護職員合計数（ ）名（常勤 名、非常勤 名）

- a.看護師（ ）名
- b.准看護師（ ）名
- c.保健師（ ）名
- d.その他（ ）（ ）名

2) 事務職員合計数（ ）名（常勤 名、非常勤 名）

3) ソーシャルワーカー（ ）名（常勤 名、非常勤 名）

4) リハビリ職員（ ）名（常勤 名、非常勤 名）

- a.PT（ ）名
- b.OT（ ）名
- c.その他（ ）（ ）名

3. 貴事業所勤務以前に、小児科領域に携わった経験のある方は
いらっしゃいますか？

- a.はい（ ）名（常勤 名、非常勤 名）
- b.いいえ

B. 小児の訪問看護についてお伺いします。（該当する記号にひとつ○をつけて下さい）

- a.小児の訪問看護を現在行っている
- b.小児の訪問看護を現在は行っていないが、要請があれば行うつもりがある
- c.小児の訪問看護を行うつもりはない

C. 小児の訪問看護についての御意見等がございましたら、ご記入下さい。

調査へのご協力ありがとうございました。

本調査は社会福祉・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。

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。

小児の在宅療養のためのケアマネジメント開発研究事業2001年度版 研究報告書

2002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1-3-12

壱丁目参番館302

TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938

印刷 (株) 厚生出版社



