

訪問看護ステーションにおける 小児訪問看護の実際

－小児訪問看護の問題点－

古 田 聡 美

A Survey of Visit Nursing Care Station for Children Who Require Medical Care at Home
－ Problem of Children Who Require Medical Care at Home －

Satomi Furuta

小児訪問看護の事例を検討し、看護の展開上の問題点を把握したいと考えた。平成19年3～5月に小児訪問看護を展開しているステーションの看護師に対し面接調査を実施し、看護記録を含む症例の内容を分析し、看護の問題点や訪問看護を実施するうえでの必要条件を検討した。

訪問看護師があげる小児訪問看護展開上の問題点をカテゴリー化した。カテゴリーとして、1 母親に関すること、2 ステーションの負担、3 サポート環境、4 看護師の資質とした。それらを解決し、小児訪問看護を可能にするには、1 利用児の状態、2 母親との信頼関係、3 看護計画、4 連携施設などのネットワーク、5 訪問看護ステーションの方針、6 小児の専門技術、7 訪問看護サービス拡大とした。小児在宅療養は、家族の絆や成長発達への影響など効果が期待できる。しかし、その普及にはまだ多くの課題が残されている。

Key words: [小児訪問看護] [面接調査] [事例検討] [カテゴリー] [訪問看護師]

(Received September 18, 2007)

I. 緒 言

1994年の健康保険法改正により、介護保険以外に訪問看護が実施できるようになった。樫本ら¹⁾は、療養児も子どものQOLや成長発達からみると、可能な限り家族の中で生活することが望まれると述べている。在宅療養児についても訪問看護のますますの普及を期待したいが、現状は難しく実情は把握されていない。

そこで、平成18年に鹿児島県の訪問看護ステーション（以下ステーションという）100箇所アンケート調査を依頼し、小児訪問看護の実数をまとめた。その結果、平成14～18年6月までに20例の小児訪問看護依頼があった。小児訪問看護には医療行為の占める割合が大きく、小児の専門技術や知識が求められ、介護する家族の負担が大きいがあげられた。また、訪問

* 鹿児島純心女子短期大学生活学科専攻生活ウェルネスコース（〒890-8525 鹿児島市唐湊4丁目22番1号）

看護師が積極的に対象児のみならず、家族看護にも取り組んでいた。しかし、症例を分析し、小児訪問看護を展開する上での問題点を把握するにはいたらなかった。

今回、小児訪問看護の事例を検討し、看護の展開上の問題点を把握したいと考えた。小児訪問看護の普及の一助になれば幸いと考える。

Ⅱ. 研究方法

平成19年3～5月に小児訪問看護を展開しているステーションの看護師に対し研究目的を説明し、協力を得られた5ステーションに対して、面接ガイドに基づいた半構形式面接方法を実施した。分析方法は逐語記録による情報をカテゴリー化したものを分析し、指導者との内容の妥当性を検討した。

Ⅲ. 調査内容

調査内容は、看護記録を含む症例の内容を分析し、看護の問題点や訪問看護を実施するうえでの必要条件を検討した。

Ⅳ. 倫理的配慮

知りえた情報の取り扱いについては、文書にて個人情報保護法に基づき確約し、研究対象者の同意を得た。

Ⅴ. 結果

13事例の症例の分析・検討ができた(表1)。

表1 事例紹介

性	開始年齢	主 な 疾 患	家族	回数/週	訪問期間	終了理由
女	8	先天性骨形成不全症	父母	2	1年	転居
男	3	先天性骨形成不全症	母	1～2	3ヵ月	ナース不信
女	0 (3M)	先天性骨形成不全症, 慢性呼吸不全, 嚥下障害	父母	2/日	継続中	
男	0 (3M)	呼吸不全, 小顎症, 口蓋裂, 内反足	父母兄弟	2～3	1ヵ月	育児放棄による施設入所
男	1	呼吸不全, 肺動脈狭窄, 精神発達遅滞	父母兄	3	1ヵ月	病状悪化による入院
女	19	脳性麻痺(気管切開・胃瘻)	父母兄弟	2～3	継続中 4年目	
女	19	色素性乾皮症(気管切開・胃瘻)	父母弟	2	継続中	
女	15	脳性麻痺(気管切開・胃瘻)	父母姉	3		病状悪化による入院
男	1	ダウン症(心疾患合併)	父母	1	1年	家族の反対
男	0 (3M)	先天性水疱症	父母姉	3	継続中	
男	2	脳症	父母兄	2	継続中	
男	0 (6M)	脳症	父母兄姉	3	継続中	
男	18	事故後後遺症(人工呼吸器装着)	父母	3	継続中	

対象児の疾患名については、重複で先天性骨形成不全症3例，呼吸不全3例，脳性麻痺2例，脳症2例，心疾患2例，以下は1例ずつで，精神発達遅滞，色素性乾皮症，事故後後遺症，先天性水痘症，ダウン症であった（図1）。

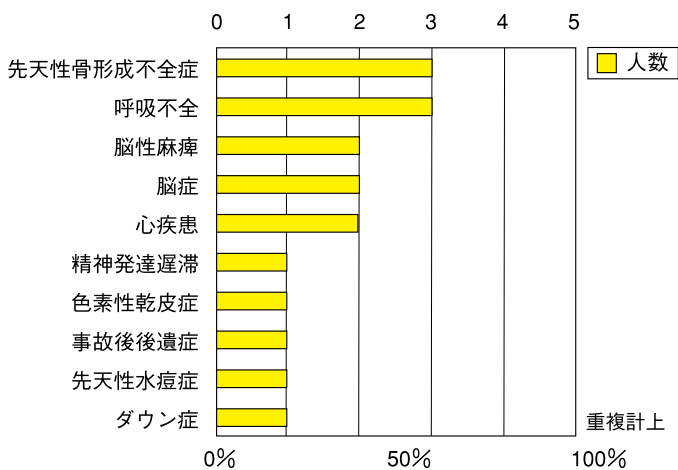


図1 訪問看護対象児の疾患名

対象児の医療行為は重複で最も多い順に吸引10名，気管切開6名，経管栄養6名，胃瘻4名，人工呼吸器使用3名，酸素療法2名であった（図2）。

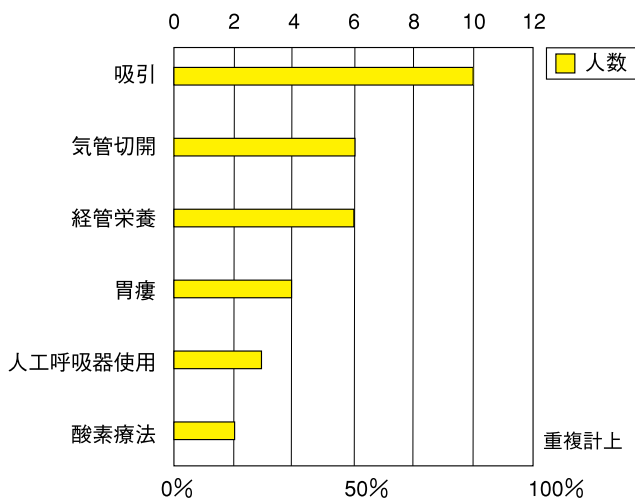


図2 小児訪問看護対象児の医療行為

主な看護は、異常の早期発見などの状態観察、呼吸や胃瘻、栄養に対する医療行為の管理、吸引、保清、発達援助、家族看護、家族の相談相手、連携機関との連絡調整、受診同行などであった(表2)。

表2 主な看護

1. 観察：状態観察，異常の早期発見，安静
2. 医療管理：呼吸管理，胃瘻管理，栄養管理
3. 吸引
4. 保清（入浴介助・清拭）
5. 発達援助
6. 家族看護
7. 家族の相談相手
8. 連携機関との連絡調整
9. 受診同行

いくつか事例をあげて、看護の実際と問題点を考える。

事例1は0歳女児，骨形成不全症で最も重症度が高いⅡ型である。頭骨はゆで卵の薄皮ぐらいの固さである。慢性呼吸不全と嚥下障害の合併があり，酸素療法，吸引，経管栄養などを実施している。母親の強い退院希望で，病院からの紹介で訪問看護開始となった。担当のステーションは大変熱心で，実際に受諾可能か検討のため，入院中より遠方にもかかわらず何度か面会・カンファレンスに出向いている。家族構成は両親と対象児のみである。近所に父親の両親がいるが，対象児との面会は積極的ではない。退院当初は対象児が不安定なため，母親はかたときも目が離せず，トイレや入浴もままならないような状態であった。そのため，心身ともに疲労困憊が目立ちはじめ，訪問看護師は1日2回の訪問と，父親を介護に引き込む働きかけを計画した。結果，次第に父親も介護に参加できるようになり，最近では，子どもがかわいいという言葉が聞かれるようになった。父親1人に介護を任せられるようになり，母親も時間の余裕ができ，笑顔と落ち着きを取り戻してきた。訪問看護師は両親のよき相談相手でもある。問題点は，父親以外に母親のサポート体制がないことや，遠方にある病院への受診同行は，かなりの対象児の負担になるうえに，ほぼ1日訪問看護師がとられることによるステーションの負担が大きいことである(表3)。

表3 事例1

年齢・性	生後4ヵ月～ ・女児
家族構成	父母と対象児
診断名	骨形成不全症Ⅱ型，慢性呼吸不全，嚥下障害
医療行為	酸素療法，吸引，経管栄養
訪問看護計画	(1)骨折予防 (2)安静が保持でき，呼吸困難が軽減する (3)清潔が保持できる
看護展開	母親が介護疲れで疲労困憊していたが，父親に対し，看護師が働きかけ，今では父親が協力的で多少なら母親が自分の時間をもてるようになった。
問題点	(1)2/日の訪問や受診同行などステーションの持ち出しが大きい。 (2)母親のサポート体制がない。 (3)連携病院が遠方で，対象児の負担が大きい。

事例2は3歳男児である。熱発による脳症で、気管切開、人工呼吸器装着、経管栄養を実施している。5人きょうだいの第4子で生後4ヵ月の弟がいる。家族構成は、父母きょうだい7人家族である。

状態が安定してきたため、母体病院からの紹介で訪問看護開始となった。退院前、訪問看護師は入院病棟で小児在宅療養の研修を受けている。

看護の展開は、母親が前向きであり指導の受け入れもよく、信頼関係も図れている。きょうだい達も介護にとっても協力的で、対象児の入浴時のバギング、スキンケアや散歩など母親をよくサポートしてくれている。また、短時間なら呼吸器がはずせるなど少しずつであるが成長が見られており、それが介護の励みにもなっている。緊急時体制も整っており、介護にはボランティアも参加している。問題点は、週3回の2人体制の訪問が必要であるため、ステーションの持ち出しが大きいことや、母親がパートに出られないなど経済的問題である（表4）。

表4 事例2

年齢・性	3歳（0歳児より開始） ・男児
家族構成	父母・5人きょうだい（第4子）
診断名	脳症
医療行為	人工呼吸器管理、吸引、栄養管理
看護計画	(1)感染を起こさない (2)全身管理 (3)家族ケア
看護展開	母親が前向きで、看護師との信頼関係もある。同胞も介護に協力し、母親の負担軽減に役立っている。対象児の状態も落ち着き、ゆっくりながら成長が見られる。
問題点	(1)2人のスタッフが必要で、ステーションの持ち出しが大きい。 (2)家族の経済的負担が多大である。

事例3は、生後3ヵ月に病院から依頼のあった男児で、呼吸不全、小顎症、軟口蓋裂、内反足があり、呼吸状態が安定せず、チアノーゼや呼吸困難が出現しやすい状態であった。家族構成は、父母と保育園に通うきょうだい達の5人家族である。対象児の障害を母親はなかなか受け入れられず、精神的に不安定になり、たびたび訪問看護師が呼ばれかけつけるような状況であった。ある日連絡がなく、心配で尋ねてみると対象児が1人で置き去りにされているなどの、あきらかに育児能力不足や育児放棄に近い状態が見られ、訪問看護師が関係機関に連絡し、対象児の状態が安定しないこともあり施設入所になった（表5）。

表5 事例3

年齢・性	生後3ヵ月～ ・男児
家族構成	父母・兄姉
診断名	呼吸不全、小顎症、軟口蓋裂、内反足
医療行為	吸引
看護計画	(1)観察、異常の早期発見 (2)家族ケア (3)家族指導
看護展開	母親の精神状態が不安定で、対象児をおきざりにするなど問題が多く、訪問看護師が何度も訪問する。対象児の介護に積極的でなく、状態が安定せず在宅療養断念し、施設入所となる。
問題点	(1)母親の育児能力不足 (2)母親の精神不安 (3)母親や家族のサポート体制不足

以上の事例から、対象児の状態のみならず、母親を中心とする家族や環境の関わりが地域で生活する在宅療養児にとっては、大きな影響を及ぼすことがいえる。これらをまとめて、訪問看護師があげる小児訪問看護展開上の問題点をカテゴリー化した。カテゴリーとして、1 母親に関すること、2 ステーションの負担、3 サポート環境、4 看護師の資質とした(表6)。

表6 小児訪問看護の問題点

1 母親に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の抱え込みが強く、指導がむずかしい。 ・母親との信頼関係を構築する必要がある。 ・母親の育児能力が問われる。
2 ステーションの負担	<ul style="list-style-type: none"> ・ステーションの持ち出しが多い。
3 サポート環境	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時体制がない。 ・母親の負担軽減のためにサポート体制がない。 ・地域の偏見がある。
4 看護師の資質	<ul style="list-style-type: none"> ・小児の専門技術や医療行為が多く、スタッフ教育が必要である。

そして、それらを解決し小児訪問看護を可能にするには、1 利用児の状態、2 母親との信頼関係、3 看護計画、4 連携施設などのネットワーク、5 訪問看護ステーションの方針、6小児の専門技術、7 訪問看護サービス拡大とした(表7)。

表7 小児訪問看護を可能にする条件

1. 利用児の状態
2. 母親との信頼関係
3. 看護計画
4. 連携施設などのネットワーク
5. 訪問看護ステーションの方針
6. 小児の専門技術
7. 訪問看護サービス拡大

在宅療養を可能にするには小児の状態が最優先であるが、母親との信頼関係ができなければ、訪問看護継続は難しい面もある。

面接をしたすべてのステーションが小児看護の経験があるか、小児在宅医療の研修を受けているかのどちらかであった。2人のスタッフが必要であったり、1日に2回訪問しなければならない、受診同行は半日～1日かかることなど、ステーションにおける持ち出しなどの負担が大きいと、依頼の受諾はステーションの方針に任されているのが現状である。現実にはステーションの情熱と善意で小児訪問看護が成り立っているといっても過言ではない状況であった。今後は、訪問看護サービスの拡大がなければ小児訪問看護の普及は困難と考える。

Ⅵ. 考 察

1. 小児医療の現状

小児訪問看護を考える前に、小児医療の現状をふまえる必要がある。新聞などでは「小児科医の不足」が報道されている。吉野らは小児医療は危機に瀕しているといっても過言ではないと述べている²⁾。高度な小児医療を支える大病院の小児科病棟やNICUの抱える問題として、長期入院の患児が増加しているため、急性期の患児を受け入れることができないといった問題が出てきている。また、医療費増大が社会問題となり、入院期間の短縮が叫ばれる中で、小児であっても早期退院の可能性を模索する動きが高まっている。こうしたことを背景に、小児における在宅医療は注目を集めている。

2. 在宅医療の社会的状況の変化

千田は、在宅療養に関する社会状況の変化を整理して、人口構造の変化、疾病構造の変化、価値観の多様化、家族構造の変化、科学技術の進歩という5項目をあげており、それに、病院から在宅に移行する場合の看護を考えるときケア・システムも視野に含めなければならないと述べている³⁾。人口構造は、少子高齢化が進み超高齢化社会に突入した。疾病構造は慢性疾患の占める割合が6割を越えており、慢性疾患を患いながらも、より健康的に生活を送れるためにどのようにしたらよいかということに国民の健康の視点が変化してきた。各人の健康意識が高まり、個人の健康に対するニーズは高度化、多様化してきた。これらの多様化する価値観に応じたサービスの提供が求められている。家族構造の変化は高齢世帯や独居老人が増加し、核家族化が進み、介護を始めとし家族のケア機能を十分に発揮することが家族に求められている。科学技術の進歩は治療法やリハビリテーションの技術などの開発が進み、医療処置を継続しながら在宅療養に移行する患者が増えている。このような場合、家族の介護は増加し介護負担も大きくなり、家族の介護力だけでは支えきれないという問題が生じる。そのためには在宅看護を提供する機関としてのケア・システムが必要であり、多様化する人々のニーズに対応できるように発展しつつある。その中に訪問看護ステーションが含まれる。

3. 事例の分析

小児在宅医療の看護の実際を具体的に3事例の展開を試みた。1事例目は、対象児の障害の程度から、とても母親1人での介護が難しいと判断したステーション側が父親を引き込む計画を実施したが、結果、父子愛着形成も確立し母親の介護負担も軽減するという良好な結果を得た。阿部は、夫の育児支援に対し母親が満足すると母親の育児不安は低くなると述べているが、在宅医療を展開する上で家族の協力は不可欠であると再認識した⁴⁾。

2事例目は、きょうだいが多くその育児は多忙を極めると推察するが、母親は前向きで積極的に介護を実施している。その中でも思春期世代の兄・姉達の協力は多大な母親のサポートになっており、家族全員で助け合い生活している現状は理想的でもある。山本は在宅医療の利点を何より家族が一緒に生活できることをあげているが、家族と一緒に生活することは対象児のみならず、きょうだいに対しても成長発達へ及ぼす良い影響ははかりしれないと推察する⁵⁾。

3事例目は、母親の育児能力が問われた事例である。大黒は在宅医療を可能にする条件に①家族に在宅の強い意志があること、②介護能力があり、介護技術の習得が可能であること、③

経済的負担が可能である、または軽減できること、④在宅医療の支援体制が整備され、関係機関との連携が図れていることなどをあげているが、本事例は①と②に問題があったと考える⁶⁾。家族アセスメントは入院時より必要であると雨森⁷⁾らは述べているが、病院から在宅への移行については、川上⁸⁾や山脇⁹⁾が述べているように、入院時からの訪問を実施して、信頼関係を図ることや、試験外泊などの段階を踏むことも重要なことであると考えられる。

4. 在宅医療の意義

子どもの長期入院が及ぼす影響は、患児自身やその家族に様々な悪影響を及ぼす可能性が指摘されている¹⁰⁾。長期入院の患児は、親と生活をともにしないことにより、親の愛情不足が指摘されている一方、患児のみならず、親やきょうだいを含めた家族関係にも大きな影響を与えることが知られている。長期間の母子分離、父子分離により、親子の愛情形成に障害が起きる可能性があることや患児のきょうだいにも心理的影響があることが指摘されている。こうした面からも小児の在宅医療の必要性は大きい。今回の調査でも家族の中で過ごす対象児に対しきょうだいの関わりや家族の結束など、在宅医療の利点が多いに発揮されている事例があり在宅医療の意義を実感した。

また、病院でつきそう家族の疲労度について、小林ら¹¹⁾はかなり疲労度が強いことを述べており、入院中付き添いのストレスについて、萩原ら¹²⁾は環境だけでなく児に対しての心配や家庭のことなどを含めストレスにつながっていると述べている。在宅療養は、そのような入院児付き添いの疲労やストレスから解消されることにもなる。

5. 小児訪問看護の必要性と展望

栃木県では、2005年の調査で57カ所の訪問看護ステーションより聞き取り調査を実施し、81%が小児訪問看護に対応できる可能性があることを結論づけている²⁾。本調査は、57%と少ない結果であった。このことは、鹿児島県の人口構成などの影響も大きいと考える。調査した鹿児島県は少子高齢化のすすんだ県であり、訪問看護ステーションの役割自体が高齢者を対象にスタートしたものがほとんどであるにもかかわらず、看護の必要性から積極的に小児訪問看護を提供するステーションも増えて来つつあることは事実である。

訪問看護ステーションでは本人または家族の申請に基づいて担当医の指示のもとに訪問看護がおこなわれる。

老人保健法が適用される老人訪問看護ステーションと健康保険法が適用される訪問看護ステーションがあり、小児訪問看護は後者の健康保険法が適用される訪問看護ステーションの派遣を受けることになる。訪問看護ステーションは保健師、看護師が管理者となることができることから、看護の自立、あるいは独自性の追求の視点から看護職の注目を集めている。地域を活動の場とする看護職になり、地域住民が求めるニーズを保健福祉行政の立場で的確に収集でき、かつ求められた情報を正しく迅速に提供できるシステムを整え、その個人に適した必要な看護を提供する責務がある。多くの専門職と連携し、協働する状況のなかで、その意味でも看護職のアイデンティティが問われている。

今回、調査した小児訪問看護の実際は、加藤のNICU退院時に実施された訪問看護の役割（医療的ケア・育児支援・レスパイト・受診同行・緊急時の受診相談・病院への連絡、他職種への情報伝達と調整）と重複するものであった¹³⁾。すべてのステーションで、対象児の看護のみな

らず、家族看護、関係機関への連絡調整など、訪問看護師の働きは大きく重要な役割を担っていた。家庭で生活することは、何より家族と一緒に暮らせること、同胞との良い関わり、父親の育児参加など対象児の成長発達にとっては良好な刺激であり多大な効果が期待できる。しかし、介護は主に母親にまかされ、ほとんど外出できないなど、その負担は計り知れないものがあり、負担の軽減のため訪問看護師は家族看護も重要であると認識していた。

そのためには、在宅での長期療養をおこなう上で、母親の介護負担軽減のためのレスパイトケア（家族に変わり介護を一時的に代行する）は重要であることを再認識する。レスパイトケアが鹿児島県ではまだ整っていないために、少しでも家族の介護負担軽減のために訪問看護師がボランティアの部分まで担っているような現状である。こうしたシステムの整備を心より望む。

さらに、最近では、母親の育児能力不足から在宅療養を断念するケースや、いっぽうでは、抱え込みが強く、訪問看護師が看護を展開しにくいなど母親に対する問題もあった。

他の事例の中では、こもりがちの母親にとって、唯一訪問看護師だけが相談相手であったが、地域近隣より“子どもの母親がいるのだから母親のみが面倒を見るべきだ”との偏見を受け、やむなく訪問看護を断念し、その後、追い詰められた母親がわが子を手にかけるという最悪のケースもあった。閉鎖的領域においてはいまだに地域の偏見や差別が残されている。

その他にも小児在宅療養は、経済的負担や緊急時の対応など課題が多くある。近藤は小児訪問看護をおこなう上での課題として、医療環境の整備、ネットワークづくり、訪問看護師の教育体制、制度上の課題をあげているが、これは、本調査の訪問看護を可能にする条件と同様であった¹⁴⁾。

最後に忘れてはいけないことに対象児の「教育」がある。高齢者との大きな違いである。その子の能力に応じた適切な教育を受けることは、すべての子どもに与えられた権利である。今回の調査では13事例の分析の中で、2例のみが学校教育を受けていた。重い障害を持った子どもも、その能力を最大限に発揮できるような教育をうけられることも重要な課題である。

Ⅶ. 結 語

訪問看護ステーションの歴史は浅く、小児訪問看護領域はまだ新しい分野である。このため、地域の医療環境も十分といえない中で、訪問看護師は、小児訪問看護を提供する不安があると推測されるが、小児医療がますます高度化する中では、在宅での医療的ケアを必要とし、訪問看護を利用して地域で暮らしていく子ども達は増える一方である。

今後、訪問看護師が専門家として自立し、周囲の人と協働して、障害児や療養児とその家族の地域での暮らしを支える存在としていっそうの活躍を期待したい。

小児在宅療養は、その普及にはいくつかの課題が残されているが、家族の絆や成長発達への影響など効果が期待できる。今後のますますの普及を希望する。

Ⅷ. 謝 辞

本研究にあたり、ご協力・ご指導を賜った訪問看護ステーション、鹿児島大学医学部保健学科藤野敏則教授に心より感謝いたします。

(本研究の論旨は、第38回日本看護学会－小児看護－で発表した。)

Ⅸ. 参考文献

- 1) 榎本文子, 藤江のどか: 当センターにおける訪問看護ステーションの利用の現況, 大阪府立母子医療センター雑誌, 17: 106-111, 2001.
- 2) 吉野浩之他: 小児の在宅医療の課題と訪問看護師への期待, 訪問看護と介護, 11(2): 112-118, 2006.
- 3) 千田みゆき: 病院から在宅へつなぐ看護, 臨牀看護, 24(1): 9-17, 1998.
- 4) 阿部範子: 母親の育児不安と夫の育児支援との関係, 第37回日本看護学会論文集－母性看護－, 137-139, 2006.
- 5) 山本倫仁: 医療器具装着児の在宅療養生活を支援するための考察, 子ども医療センター医学誌, 31(1): 55-58, 2002.
- 6) 大黒千代: 地域との連携, 子ども医療センター医学誌, 31(4): 47-49, 2002.
- 7) 雨森昭子他: 医療的ケアを必要とする子どもの退院に向けての家族アセスメント－家族生活力量モデルを用いて－, 第37回日本看護学会論文集－小児看護－, 339-341, 2006.
- 8) 川上雅子他: 在宅療養を支援する, 小児看護, 26(3): 179-289, 2003.
- 9) 山脇みつ子: 人工呼吸器・経管栄養管理が必要な小児の退院移行期からの支援, 訪問看護と介護, 11(2), 133-138, 1006.
- 10) 飯村直子: 未熟児退院後の母親の愛着形成過程に関する研究, 小児看護, 22: 168-171, 1991.
- 11) 小林八代枝他: 小児病棟における付き添い家族の疲労に関する支援, 第37回日本看護学会論文集－小児看護－, 312-314, 2006.
- 12) 萩原裕美他: 小児に付き添う人の環境とストレスの関係, 第37回日本看護学会論文集-小児看護-, 227-229, 2006.
- 13) 加藤恵美子: 訪問看護, Neonatal Care, 10(2): 37-43, 1997.
- 14) 近藤政代: 訪問看護を必要とする小児の地域での暮らしを支えるために, 訪問看護と介護, 10(3): 192-199, 2005.