

〔資料〕

三重県内の小児訪問看護の現状と訪問看護師の抱える困りごと

The present conditions of home visit nurse for children in Mie and
the difficulties of visiting nurses

片山 春香 白井 徳子

【要約】

三重県内の小児訪問看護の現状を明らかにすることを目的に本調査を行った。

県内における小児訪問看護の実施率は38.8%で、全国と比較しても実施率は低くなかった。小児訪問看護の対象者は就学前の小児が半数以上で、重複障害を持ち医療依存度の高い子どもたちであった。看護ケアは状態観察や運動機能訓練などの予防的な関わりや、社会資源についての情報提供や相談、育児相談などの相談と家族への精神的援助が主であった。

小児の訪問看護を行っている看護師らは、家族との関わり、自分の技術・能力、組織・連携における困りごとを抱えていた。

小児訪問看護の発展のためには、小児看護に関する研修会を開催し、訪問看護師らの技術や能力向上を図れる体制整備が早急に必要である。

【キーワード】 小児訪問看護, 訪問看護師, 困りごと

I. はじめに

医療の進歩により診断・治療が進み、障がいを残さず健康になる子どもがいる一方で、長期あるいは重度の障がいを持ちながら生活する子どもは増加傾向にあり、そのような子どもたちは近年、在宅や地域での生活が可能となってきた¹⁾²⁾。

厚生労働省の健やか親子21推進事業では、慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が整備されている市町村の割合を、2010年までに100%にするという目標が掲げられているがその達成はかなり困難な状況である。

訪問看護の制度としては、1992年に老人訪問看護制度の新設により「老人訪問看護ステーション」が制度化され³⁾、同年の医療法改正においても「居宅」が「医療提供の場」と規定され、高齢者を中心に在宅医療の法的整備が推進されてきた⁴⁾。

慢性疾患や障がいを持ちながら成長する子どもにとっては家庭や地域で普通の子どもが育つように育てられるのが望ましいというものの、そのような子どもが在宅で生活するのは容易ではない。前田は小児在宅

医療の特性として、成人や高齢者に比較して障がいが高く、医療ニーズが高い事や、小児に対して訪問診療や往診を提供できる医療機関が絶対的に少ないこと、社会資源が非常に貧弱であること、小児の終末期ケアの困難さ等の課題を挙げている⁵⁾。

そのため小児訪問看護を受け入れる施設は少なく、訪問件数も少ないのが現状である。横浜市で報告されている0~18歳までの小児の訪問看護サービス提供の調査では、2001~2003年までの推移において30~40%の訪問看護ステーションで小児訪問看護を実施していると回答しているが、小児の利用者数および延べ訪問回数は、訪問看護全体のわずか1%であった⁶⁾。2005年の調査⁷⁾では栃木県内の小児訪問看護実施率は28%、2007年の愛知県内での調査⁸⁾では38.1%であった。

そのような中で三重県の訪問看護の現状は、三重県訪問看護推進協議会の「平成18年度三重県における訪問看護実態調査報告書」によると、小児に限った現状は把握されていない。そのため三重県内（以下、県

内)の小児訪問看護の普及・発展に寄与するための手始めとして、県内の小児訪問看護の現状を把握することを目的に調査をおこなった。本報では現状と訪問看護師の困りごとについて報告する。実際に小児訪問看護に携わる看護師が、訪問の中で困難あるいは上手くいかないと感じる具体的内容を明らかにした調査は少ないため、県内の現状だけでなく、困りごとに着目し、調査を行うこととした。

II. 研究目的

県内の小児訪問看護の現状と訪問看護師の困りごとを明らかにする。

III. 研究方法

1) 対象

県内の訪問看護ステーション(以下、ステーション)の施設代表者(以下、代表者)と訪問看護師。県内のステーションは、「介護サービス情報公表システム」(<http://kaigos.pref.mie.jp/kaigosip/Top.do>)で2008年7月末時点で情報登録があった78箇所である。

2) 方法

① 調査期間

質問紙調査：2008年7月～8月上旬

面接調査：2008年8月下旬～9月上旬

② 調査方法

質問紙調査は各ステーションの小児訪問看護の現状を把握できる内容とし、78施設の代表者に、郵送にて調査票の記入を依頼し、回答を得た。

質問項目は、小児訪問看護経験のあるステーションの代表者には、小児訪問看護利用者の属性、訪問時の看護の状況、ステーション所在地、小児訪問看護に対する代表者の考えについて回答を求めた。一方、小児訪問看護経験の無いステーションの代表者には、小児訪問看護を実施する上での困難な内容、小児訪問看護受け入れの意思、ステーション所在地、小児訪問看護に対する代表者の考えについて回答を求めた。

面接調査は、質問紙調査では詳細に把握できない事項、中でも訪問看護を実施する上での困難な内容としての、小児訪問看護に携わる看護師の抱える困りごとを主とした。面接協力は調査用紙送付時に面接調査の趣旨と方法を明記した協力依頼書を同封し、協力の同意を求めた。結果、小児訪問看護経験のあるステーシ

ョン3施設の代表者とそのうちの2施設のステーションに勤務する訪問看護師3名の合計6名の同意を得た。

各対象者に約1時間の半構造的面接を実施し、承諾の得られた場合は録音を行い、得られなかった場合は面接内容の書き取りを行った。

③ 分析方法

質問紙調査は、選択回答項目に関しては単純集計をし、自由記述項目に関しては類似点や相違点を比較しながら分類を行った。

面接調査は、面接終了後に逐語録を作成し、文脈を踏まえて困りごとと思われるセンテンスをデータとして抽出し、その内容の意味や類似性を検討しながら、カテゴリー区分を行った。分析・検討は2名の研究者で協議しながら進めた。

IV. 用語の定義

小児：0歳以上18歳未満で慢性疾患や何らかの障がいをもって、在宅で生活を送る子ども。

困りごと：小児訪問看護の場面において訪問看護師が困難あるいはうまくいかないと感じている事柄。

医療的ケア：医師の指導のもとに本人や家族が直接に家庭で行う介護行為で、保険診療で認められている指導料として算定できる医療行為⁹⁾。

V. 倫理的配慮

1) 三重県立看護大学研究倫理審査会の承認のもとに実施した。

2) 対象者には①研究目的、方法②自由意志による参加③中途辞退の権利④匿名性の保護⑤結果の公表について説明し、同意を得た。代表者への質問紙調査では、書面にて①～⑤を説明した。面接調査では面接協力依頼時に書面にて、面接実施前に書面と口頭にて①～⑤を説明した。

VI. 結果

1) 県内の小児訪問看護の現状

78施設中49施設(回収率62.8% 有効回答100.0%)から回答を得た。

県内で小児訪問看護の実施経験があるステーションは19施設(38.8%)、無いステーションは30施設(61.2%)で、訪問経験のある施設の所在地は表1に

示した。

表1 小児訪問看護実施経験のあるステーションの所在地 (n = 19)

	施設数
桑名市	1
いなべ市	1
四日市市	2
鈴鹿市	2
亀山市	1
津市	5
松阪市	2
伊勢市	2
伊賀市	1
名張市	1
不明	1

訪問看護の対象となった小児は80名で、そのうち訪問看護利用状況が明らかな71名を分析対象とした。

小児訪問看護経験数は1例が5施設、2例が6施設、3例が2施設、4例が2施設、6例が1施設、13例が1施設、15例が2施設であり、約60%のステーションで1～2例の実施経験があった。

対象年齢については1歳未満が15名、1歳以上3歳未満が23名、3歳以上6歳未満が6名、6歳以上12歳未満が14名、12歳以上15歳未満が4名、15歳以上18歳未満が9名であり、0歳～6歳未満の就学前の小児が62%を占めていた。

身体障害者(児)手帳交付状況や療養手帳数、小児慢性特定疾患事業申請数については表2～4に示した。身体障害者手帳交付状況を見ると52%が重複障害であった。

訪問頻度については毎日が3名(4.2%)、1週間に1～3回が42名(59.2%)、1週間に1回が21名(29.6%)、2週間に1～2回は5名(7.0%)であった。

1回の訪問時滞在時間については30分未満が14名(19.7%)、30分以上1時間未満が26名(36.6%)、1時間以上1時間半未満が16名(22.5%)、1時間半以上2時間未満が15名(21.1%)であった。

訪問に至る経緯については、医療機関からの紹介が46名(64.8%)、保健所からの紹介が12名(16.9%)、家族からの依頼が10名(14.1%)、かかりつけ医からの紹介が2名(2.8%)、無記入が1名(1.4%)であった。

表2 身体障害者(児)手帳交付者数 (n=48)

	人数(%)
視覚障害	0 (0.0)
聴覚言語障害	0 (0.0)
肢体不自由	14 (29.2)
内部障害	6 (12.5)
重複障害	25 (52.1)
不明	3 (6.2)

表3 小児慢性特定疾患事業申請数 (n=38)

	人数(%)
慢性呼吸器疾患	10 (26.3)
先天性代謝異常	9 (23.7)
神経筋疾患	8 (21.1)
	人数(%)
悪性新生物	3 (7.9)
慢性腎疾患	3 (7.9)
慢性心疾患	3 (7.9)
糖尿病	1 (2.6)
慢性消化器疾患	1 (2.6)
膠原病	0 (0.0)
内分泌疾患	0 (0.0)
血友病等血液疾患免疫疾患	0 (0.0)

表4 療育手帳申請数 (n=10)

	人数(%)
療育手帳A	5 (50.0)
療育手帳B	1 (10.0)
不明	4 (40.0)

訪問時の看護状況については表5、医療的ケアについては表6に示した。実際の訪問時の看護の様子からは、全身状態の観察や運動機能訓練といった予防的な関わり、必要な社会資源についての情報提供や相談、日常のケアの相談・指導、家族の介護負担の軽減が行われていることがわかる。

小児訪問看護経験が無いステーション代表者の小児訪問看護を実施する上での困難事項を表7に示した。項目として「小児看護経験者の不在」、「スタッフ不足」、「緊急時の体制不備」、「24時間体制が不可能」、「往診医の不在」などが困難事として挙げられ、「他職種・他機関との連携」が図れる体制の確立や「知識・技術の不十分さ」から研修会の開催や、小児看護・医療を学べる機会を望んでいた。また中には「問い合わせ・依頼がない」という回答もみられた。

表5 訪問時の看護状況 (複数回答)

	人数 (%)
バイタルサイン測定	67 (94.4)
病状の観察と助言	47 (66.2)
運動機能訓練	44 (61.9)
社会資源の情報提供と相談	42 (59.2)
緊急時の対処法の指導	42 (59.2)
育児相談	37 (52.1)
オムツ交換	34 (47.9)
家族への精神的援助	28 (39.4)
吸引装置の使用方法与喀痰吸引方法	27 (38.0)
服薬指導	26 (36.6)
環境整備	22 (30.9)
入浴や洗髪などの介助	21 (29.6)
遊びの援助	20 (28.2)
家族の健康管理指導	18 (25.4)
食事介助	8 (11.3)
留守番看護	5 (7.0)
創傷管理 (褥瘡を含む)	4 (5.6)
排便コントロール	4 (5.6)
呼吸リハビリテーション	3 (4.2)

今後の小児訪問看護を行っていく意思については「受け入れたい」が2施設 (6.7%)、「体制を整えれば受け入れたい」は16施設 (53.3%)、「受け入れたくない」が11施設 (36.7%)、「無記入」が1施設 (3.3%) であり、6割のステーションで小児訪問看護

表6 医療的ケア (n=71)

	人数 (%)
在宅成分栄養方法指導管理	19 (26.8)
在宅酸素療法指導管理	13 (18.3)
在宅気管切開指導管理	13 (18.3)
在宅人工呼吸器指導管理	12 (16.9)
在宅腹膜灌流指導管理	3 (4.2)
在宅悪性腫瘍患者指導管理	3 (4.2)
在宅中心静脈栄養指導管理	1 (1.4)
在宅自己導尿指導管理	1 (1.4)
在宅寝たきり患者指導管理	1 (1.4)
医療的ケア記載なし	5 (7.0)

の受け入れ意思があった。

2) 訪問看護師の困りごと

代表者と訪問看護師別に面接内容の分析を行ったが、両者の結果は、ほぼ類似したカテゴリーに区分されたため、一つにまとめた。(表8)

訪問看護師の困りごとは、【家族との関わりにおける困りごと】【自分の技術・能力における困りごと】

【組織・連携における困りごと】の3コアカテゴリーと12カテゴリーに分類された。以下、コアカテゴリーは【 】、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは < > で示す。

【家族との関わりにおける困りごと】のカテゴリーは《母親との関わりでの難しさ》《家族問題への介入の

表7 小児訪問看護実施する上での困難事項 (経験のないステーション代表者) 【 】は施設数

項目	内 容
小児看護経験者の不在 【9】	小児看護経験者がいないため、一步踏み出せない 小児看護経験者がいない
スタッフ不足 【6】	スタッフ不足
緊急時の体制不備 【6】	緊急時の受診病院の確保ができない 緊急時の主治医や親との連携が困難
問い合わせ・依頼がない 【5】	問い合わせはあったが訪問に至らず 依頼・相談がない
医療・保健・福祉の連携 【5】	地域の小児科医との連携が必要 医療機関、保健・福祉との連携の整備
24時間対応が不可能 【4】	24時間訪問可能な在宅医と訪問看護師の確保ができない 24時間対応をしていない
往診医の不在 【3】	往診してくれる医師がいない
小児訪問看護の理解不足 【2】	母体病院の小児訪問看護への関心や意欲が無い 小児訪問看護に関する地域への周知が必要
コーディネーターの不在 【1】	小児在宅ではケアマネジャーがいない
知識・技術の不十分さ 【9】	研修会を開催して欲しい 知識・技術の向上を図りたい 小児看護・医療を学べる機会が必要

表8 訪問看護師の困りごと

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	デ ー タ
家族との関わりにおける困りごと	母親との関わり の難しさ	母親の家族役割に応じたサポートの難しさ	・将来像を持って子育てをしていく、母として妻として、家族として暮らしていく所でサポートしていくっていう…基本的な部分が難しい。
		母親とのコミュニケーションの戸惑い	・今まで高齢者の方と接する事が多かったので、臨床にいるときも若い人が入院してくると『何話そう?』と構えてしまって。ましてや障がい児のお母さんで私とも年齢が近い人なんて、どうしようって感じでした。 ・お母さんとのコミュニケーション、そこがまた同じくらいそれ以上に、小児の看護では大変。
		手技については母親の方法に従う	・母親の手技が確立されているので、吸痰にしる気切のガーゼ交換にしるお母さんのやり方を教えてもらって、そのとおりにしています。神経質なお母さん方達なので、違う方法でやって何か起こったときに大変ですから、お母さんたちの方法に従ってします。
	家族問題への介入の戸惑い	家庭環境への介入方法がわからない	・家庭環境ですよ。祖父母や夫が子ども達の面倒を見てくれない上に、お母さんも持病があって自分の疾患コントロールもしなきゃいけない、双子で障がい児なので、その子たちの面倒もみなきゃいけないというふうで…そこらへんにどういう風に介入していったらいいかなって。 ・家族間の問題。介入しだすとときりが無いです。
		高齢者の家族とは違う対応	・旦那さんを介護している高齢者とはまた違うんですよ。そういう人達の不安感とかに入っていくのがすごく大変でした。
	同胞への介入の難しさ	同胞への支援ができない	・（利用者の）お姉ちゃんはいつも我慢してるから、訪問に行く構成って欲しくて寄ってくるんです。きょうだいに聞かれる時間も取れたらと思いますね。 ・（利用者）お姉ちゃんがいるので、精神的な面でも支援が必要じゃないかと思ってます。 ・（利用者の）姉の事も心配なので、姉への介入も出来たらと思います。
	就学助言の戸惑い	就学決定の家族の希望との相違	・お母さんが障がい児の子どもを持っていても、普通の幼稚園・保育園・小学校に行かせたいという気持ちすごい強いんですね。どう考えてもこの子にとって普通の幼稚園・小学校に通わせる事が本当に良いのかどうか。そういう思いだけは強いんですね。
自分の技術・能力における困りごと	児の特徴による病状判断の難しさ	児の状態の変化の激しさ	・大人であれば『まあ、様子見てても大丈夫』って思っても、子どもの場合だとまず訴えがないし、『大丈夫かな』と思っても急に悪くなる。 ・訪問するたびに状態の経過が異なるため、苦勞します。 ・訪問するたびに状態が違うんですよ。
		受診のタイミングの見極めの難しさ	・ちょっと何かあれば、受診するように家族とも話をしますが、受診すると入院になってしまうんですよ。だから『ここまで様子を見ていい』とかの判断が難しいです。 ・35℃台が平熱なんですが、発熱時の受診のタイミングに困ったんですよ。だから親に熱型表をつけてもらったんです。それで訪問時にそのノートを確認して行って、36℃台前半でも発熱だって事が分かったんですよ。そこを見極めていく事がすごく大変でしたね。
		成長に伴う予測不可能なトラブルへの対応	・（訪問帰宅直後に、カニューレの事故抜去）退院した時は生後8ヶ月で動く事も出来ない患児だったから、まさかここまで体が動くようになるとは思わなかったです。先の読めない問題やトラブル、発達の事はよく分からないので、そのあたりの対応が難しいですね。
	知識・経験不足による病状判断の難しさ	経験が少ないための病状判断の難しさ	・小児の経験が無いので、病状判断が難しい。訪問を始めて1年くらいたつけど、ようやくその子のペースがつかめてきた。 ・（利用者の様子が）何か変と思って医師に連絡すると『こんなもんです。』とか『大丈夫』と返事が返ってくるけど、どんなものかわからない時に苦勞しますね。ずっとみていくことでわかるようにはなるんですけど。

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	データ
自分の技術・能力における困りごと	知識・経験不足による病状判断の難しさ	個別的で教科書どおりにいかない看護	・教科書どおりでなく、バイタルサインにしても個々の正常値があって、本どおりにいかないです。
		経験がないための不安	・小児の経験が無い分、不安も多く知識も無いので、分からない事は必ず聞くようにはしています。 ・正直、怖くて訪問時に何も起こらなければ安心します。
		小児疾患の知識不足	・高齢者が主です。小児の体や障がいの程度、難病など聞いた事もない病名がたくさんある。それらの知識を付ける事からのスタート。
	看護経験が活かさない難しさ	高齢者看護の経験が活かさない	・高齢者の方では、色んな事例を経験してますので、色んなカードを出す事ができます。でも小児の場合はちょっと、こうね。違う感じで…私たちも緊張します。
組織・連携における困りごと	小児在宅の理解不足	他職種の訪問看護内容の理解不足	・訪問リハビリを訪問看護で行いたかったが、病院のPTから拒否された。PTからすると、看護師がリハビリをすることに疑問を感じていたかもしれません。
		行政や施設のレスパイトへの理解不足	・〇〇病院にレスパイトをしてもらえるように手続きはしたんです。でも『3歳まではお母さんの手で育てる方がお子さんのためですから、家で見てあげてください。』という返事でした。別に手放すわけでもなく、家族が休息できる時間を作りたいだけなのに、その返事って…と。 ・行政の中にはレスパイトは社会体験をするところ。子どもは家でみるものっていう考えがあるのかもしれないですね。
		医療的ケアについての保健師の理解不足	・（保健師が）臨床を知らないため、何か医療的ケアのことについて聞いても理解が得られにくいことがありますね。
		市町による対応の違い	・小児の経験がないから分からない事もあるんでしょうね。あとは市町村によって対応が異なりますね。
		総合病院とクリニックの活用の不十分さ	・定期受診は総合病院で、普段はクリニック等の小児科医がいる所をかりつけに出来るといいんですがね。
	制度・社会資源の立ち遅れ	ネットワークの中核となる機関の不在	・連携ネットワークが出来るような間に立ってくれる施設、ここに聞いたら何でも分かるっていう小児をまとめる機関があるといいですね。
		レスパイトや、成長すると預ける施設の不在	・私の訪問している事例は、母親は手放すつもりはなくて自分がしんどくても家でみていきたいという思いでいます。父親は母親に倒れられたら大変だからレスパイト施設を探す事に力を入れてくれてるんですよ。でも預かってもらえないのが現状なんです。 ・大きくなると預かってくれる施設がないんですよ。でもお母さんにとって負担はものすごく多い。
		家族交流や休息のできる場の不在	・（利用者の）家族も集まって話せる場があるといいですね。なかなか出来なくて。 ・両親が一生懸命で、お母さんが四六時中はりついていて、大変だと思います。夜中も2時間おきに吸引したりして、大変ですよ。…両親が休めるあるいは息抜きできるようなショートステイやレスパイトのシステムが必要です。 ・訪問看護は短時間しかそこにいけないので、母親たちの話を聞いてあげられるだけでなく、体を休めさせてあげてほしいなという思いはあります。
		制度・サービス利用手続きの複雑さ	・書類関係が分かりません。退院時に必要な書類は保健所で揃えてもらうけど、切り替えの時期になると困る。
		コーディネーターの不在	・保健師が訪問した時の状況を教えてもらえると、私たちが介入した時にこういうことがあったから、保健師さんにはこういう形で進めて欲しいっていえるじゃないですか。どうしても中心に立ってくれる人がいない。 ・利用者さんを探すような事はしませんが、何かあったときにケアマネジャーのような要になってくれるような所があれば連携が図れるんじゃないかと。

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	データ
組織・連携における困りごと	他機関との連携の不十分さ	病院・保健師・ステーションの連携の不十分さ	<ul style="list-style-type: none"> ・保健センターへは毎月必ず報告はしていますが、返信は無いですね。保健師さんも忙しいみたいで…。小児に関わらず、精神・難病の方もそうです。 ・保健師さんの活動があまり見えてこないですね。 ・保健師が訪問した時の状況を教えてもらえると、私たちが介入した時にこういうことがあったから、保健師さんにはこういう形で進めてって欲しいっていえるじゃないですか。どうしても中心に立ってくれる人がいない。まあ、自分が立てば良いんですが、病院と保健師さんの間に立つとなるとバイタリティがないと…。うろたえてしまったりとか。
		情報共有の機会の不在	<ul style="list-style-type: none"> ・もう少し、定期的に病院、保健師ともカンファレンスを持つ機会があったら本当に、家庭の中が整ってくるんじゃないかと感じます。
		往診医の不在	<ul style="list-style-type: none"> ・往診してくれる先生が見えないので大変ですね。特に呼吸器のついている子は大変。
	訪問看護運営上の問題	スタッフ不足	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ不足が大きい。スタッフ全員が24時間訪問を出来るわけではないので、受入数を増やした場合に重症患者が多くいると人が回らないですよ。
	教育の場での介入の不明確さ	学校では母親を介しての間接的な支援	<ul style="list-style-type: none"> ・小学校になると、私たちがそこまで入れるかなって。お母さんから受けた相談に対しては『ここを、こういう風にしてみたら?』と投げかけてお母さんから学校へ伝えてもらうという間接的な感じですよ。
		学校への介入の仕方がわからない	<ul style="list-style-type: none"> ・養護教諭と学校の先生、看護師で連携をとっていければもっと違うのかな?と思います。私たちが一歩踏み出せばいいんですがどこまで踏み込んでいいのかわからないのが…。

戸惑い》《同胞への介入の難しさ》《就学助言の戸惑い》の4つであった。《母親との関わりの難しさ》は<母親の家族役割に応じたサポートの難しさ><母親とのコミュニケーションの戸惑い><手技については母親の方法に従う>であった。《家族問題への介入の戸惑い》は<家庭環境への介入方法がわからない><高齢者の家族とは違う対応>であり、《同胞への介入の難しさ》は<同胞への支援ができない>であり、《就学助言の戸惑い》は<就学決定の家族の希望との相違>であった。

【自分の技術・能力における困りごと】のカテゴリーは《児の特徴による病状判断の難しさ》《知識・経験不足による病状判断の難しさ》《看護経験が活かさない難しさ》の3つであった。《児の特徴による病状判断の難しさ》は<児の状態の変化の激しさ><受診のタイミングの見極めの難しさ><成長に伴う予測不可能なトラブルへの対応>であり、《知識・経験不足による病状判断の難しさ》では<経験が少ないための病状判断の難しさ><個別的で教科書どおりにいかない看護><経験がないための不安><小児疾患の知識不足>であり、《看護経験が活かさない難しさ》は

<高齢者看護の経験が活かさない>であった。

【組織・連携における困りごと】のカテゴリーは《小児在宅の理解不足》《制度・社会資源の立ち遅れ》《他機関との連携の不十分さ》《訪問看護運営上の問題》《教育の場での介入の不明確さ》の5つであった。《小児在宅の理解不足》は<他職種の訪問看護内容の理解不足><行政や施設のレスパイトへの理解不足><医療的ケアについての保健師の理解不足><市町による対応の違い><総合病院とクリニックの活用の不十分さ>であった。《制度・社会資源の立ち遅れ》は<ネットワークの中核となる機関の不在><レスパイトや、成長すると預ける施設の不在><家族交流や休息のできる場の不在><制度・サービス利用手続きの繁雑さ><コーディネーターの不在>である。《他機関との連携の不十分さ》は<病院・保健師・ステーションの連携の不十分さ><情報共有の機会の不在><往診医の不在>であった。《訪問看護運営上の問題》は<スタッフ不足>であり、《教育の場での連携・調整》は<学校では母親を介しての間接的な支援><学校への介入の仕方がわからない>であった。

IV 考察

1. 県内の小児訪問看護の現状について

本調査と平成20年度に発表された全国調査¹⁰⁾を比較すると、この全国調査では過去1年間の0～25歳の重症心身障害（神経筋疾患も含む）児・者への訪問実施率は36.9%、三重県は43.8%の実施率であったという報告がされている。本調査では38.8%のステーションで小児訪問看護の実施経験があることより、全国調査と比較しても実施率は低いと考えられる。

訪問看護対象児の状況としては本調査では身体障害者手帳交付数や小児慢性特定疾患事業申請者数で人数や障がい分類、疾患名を把握する事しか出来なかったため、居宅あるいは入所なのか、医療的ケアを必要とするのか否か、訪問看護実施の有無等は不明である。就学義務のある年齢に達すればそれらの把握が可能であるが、0歳から就学未満と義務教育終了後の小児の場合は人数や状況は正確に把握する事が困難である。

本調査での医療的ケアは、主たる指導管理料で算定されるものについての回答を求めたため、医療的ケアの重複が多く、濃厚なケアを必要とする小児が在宅生活を送っている事が推測された。

訪問看護ケアについては、「療養者の病状・病態の変化や今後の経過から起こり得る問題を予測し、それを回避できるように予防的に関わる事が大切である」とされている¹¹⁾。訪問の中で全身状態の観察や運動機能訓練といった予防的な関わり、社会資源の活用、緊急時の対応、育児相談の項目について実施率が半数以上であった。先述した平成19年の全国調査¹⁰⁾では「家族への精神的支援」「吸引」「リハビリテーション」「緊急時の対応」といったものが上位に挙げられている。質問項目の内容に相違はあるが、全身状態の観察や予防的な関わりといった訪問看護における看護の役割という点では、全国調査¹⁰⁾と類似した内容の看護が提供されていることが分かる。

小児訪問看護に関する自由記述では訪問経験の有無に関わらず、「知識・技術の向上」を図る機会を望んでおり、「緊急時の体制不備」を感じていた。また、訪問経験が無い施設はそれらに加えて「往診医の不在」「スタッフ不足」「コーディネーターの不在」「24時間体制が不可能」であるなどを挙げていたが、中には「依頼・相談がない」という回答もあった。これは訪問看護の対象が高齢者を中心としたものとして

周知されている事も関係していると考えられる。また小児を見ている親が若く、他人の手を借りずに在宅生活を過ごすことが出来る家族が多い事も考えられる。これに対しては、地域や医療機関、行政に対して小児も訪問看護の対象であるという事や、現状の周知などの広報活動を行うことが必要と考える。

一方で訪問経験がある施設ではレスパイト施設がないことやサービスが少ないなどの実際に訪問してみわかる「社会資源の少なさ」を指摘していた。

県内の小児訪問看護実施経験の無いステーションの6割が、小児訪問看護受け入れの意思を示していることから、これらの意欲を損ねない、また実施経験のあるステーションの更なる向上を図れるような整備・支援体制の確立が必要である。

2. 小児訪問看護を行う看護師の困りごと

本調査の結果は施設代表者3名、訪問看護師3名に対する結果であるため、内容的に十分であるとはいえないものの困りごとの内容は先行研究¹⁰⁾¹²⁾で明らかになっているものに準じていた。また、施設代表者と訪問看護師の結果は、カテゴリーは同じで、サブカテゴリーに若干の相違があったものの、ほぼ類似した内容が述べられていた。これは代表者が施設の経営・管理と訪問看護師業務を兼務しているためと、訪問事例数が少ないために、困りごとと同じ事例に特化されるためと考える。

以下、カテゴリー別に考察を述べる。

【家族との関わりにおける困りごと】

家族とのかかわりにおける困り事は母親との関わりや難しさや家族問題への介入の難しさであった。本来看護の対象は利用者本人と家族であるが、在宅においては殊に家族との関係づくりや家族関係を見据えた支援は重要であり、まして小児の場合は母親への関わりは絶対的に不可欠なものである。吉野ら²⁾は小児の訪問看護の特徴として「介護者が親である事が、医療者と親との関係作りを困難にする事もある」と述べている。また前田ら⁵⁾は「小児の在宅患者は濃厚な医療的ケアを必要とすることや、親の処置技術の上達に伴い、看護師に求めるケア水準も高くなる」と述べており、これまで高齢者と関わりが主であった看護師にとっては家族との関わりは難しいことになる。

下地¹³⁾は「母親との信頼関係が結ばず悩む看護師の心のケアや、その看護師が自分の弱みに気づき、それ

を補うために必要なことを習得できる教育体制の構築が必要」と述べている。看護師1人で抱え込まず、ステーション内あるいは主治医とも相談や情報共有できる環境づくりが重要である。

また看護師らは同胞への支援の難しさを語っており、先行研究¹⁴⁾においても同胞への世話の欠如、同胞の情緒不安定な反応への対応が母親の育児上困難と感じる事柄として挙げられている。母親が同胞との関わりを持てる時間の確保が可能となるような、留守番看護や子どもを預けられるサービス体制の充実も必要である。

【自分の技術・能力における困りごと】

自分の技術・能力における困りごとは病状判断の難しさで、これは小児看護の経験が少ないための難しさとして小児の特徴から個別的で教科書どおりにいかない看護のためである。一般的な小児の特徴として症状の進行が急速であることや、訴えがないために症状判断が難しいと言われている¹⁵⁾。特に小児へのケアの個別性は非常に高く、家族が技術習得をした後の介入においては苦勞するという報告もされている²⁾⁵⁾。小児の特徴や疾患を踏まえた小児看護の知識に加えて、手技については母親から教わりながらの個別性のある技術を習得しケアを行っている様子が伺われた。

知識・技術の獲得には研修会の開催が必要であるが、ステーション内で情報共有あるいは相談し、必要時は主治医や他職種との連携を図っていく必要がある。またステーション同士や小児訪問看護に関わる他機関で働く職種も交えた事例検討の機会を持ち、学習の積み重ねをしていく事が困りごとの解決に繋がると考えられる。

【組織・連携における困りごと】

組織・連携における困りごとは《小児在宅の不理解》《制度・社会資源の立ち遅れ》《他機関との連携の不十分さ》であった。訪問看護は従来、高齢者を主な対象として進められてきた背景がある。1994年の健康保険法の改正や2000年の介護保険法施行により、年齢制限をなくし、高齢者以外の長期療養者（児）も訪問看護の対象となった。しかし本調査や先行研究からは、それらが高齢者と比較すると理解されていない事が明らかである。ことにレスパイトに関する理解や施設不足が述べられたが、これは医療的ケアの重複が多く、濃厚なケアを必要とする小児が在宅生活を送って

いる事を反映したものであると思われる。すなわち、県内ではレスパイトやショートステイを行っている施設は少なく、家族が在宅で24時間365日看ているケースが殆どである。申請をしても「子どもは家で見るものという考えがあるかも知れない」という意見からは、行政や施設のレスパイトの理解不足があり、在宅で小児を看る家族の負担が伝わらない事となり、このような状況から家族交流や休息の出来る場がないと訴える看護師がいた。他県ではデイサービスや通所施設等で小児を預かるステーションもみられるが、その際の看護師の介入はボランティアである。現在の行政制度の改善が図られると共に、預かる側の看護職も含めた他職種スタッフの育成を行い、サービスを充実させる事で家族の負担軽減を図っていく事が望まれる。

実際に留守番看護やショートステイ、レスパイト施設の充実を望む親は多い。田中らの研究¹⁶⁾でも、家族は急な依頼への対応、留守番看護を望んでいた。しかし、訪問時でもケアは家族が実施していることや、スタッフ不足、小児経験の少なさから留守番看護を躊躇するステーションが多いのが現状である。

現在、小児の在宅生活を困難にしている要因の一つとして、小児在宅ケアのコーディネーター役の不在が挙げられる。在宅生活へ向けて病院で退院指導を行っても、退院前から退院後へ繋ぐ支援体制が不十分な場合もあり、退院後にケアの方法や社会資源の活用調整を必要とする現状がある¹⁷⁾。小沢ら¹⁸⁾らや川本ら¹⁹⁾の調査では制度や受けられるサービス内容や申請方法等が家族に伝わっていない事が報告されており、窓口が複雑な中で、手探り状態で小児に応じたサービスを家族が探している事が多く見受けられる。そのため訪問看護師が保健師や医師と連携しながら小児の成長・発達に応じたサービスを考えるコーディネーター的役割を担っていると考えられる。また訪問看護師らは小児在宅に関する中核となる機関の不在や、制度・サービス利用手続きの複雑さを感じながら手探り状態で社会資源の相談・情報提供を行い、その中で他職種の小児訪問看護に対する理解不足を感じていた。この様な状況からは小児在宅ケアのコーディネーター役の育成やシステムの構築が必要となる。

訪問看護師らは毎月、訪問看護報告書を主治医と保健所あるいは保健センターの保健師へ送付している。しかし保健師からの返答が無い場合もあり、情報共有

する機会がないため連携が図りにくいと感じていた。また、小児が就学年齢になれば学校選択において就学決定の家族の希望との相違や、入学後の小児の生活で生じてくる様々な問題に対しては母親を介してのサポートだけでなく教育の場での連携・調整が必要であり、医療職種だけでなく、保育園や学校といった小児の生活に関わる職種も集まって情報共有できる場の確保も必要である。

VIII. 結論

- ① 県内の小児訪問看護の実施率は38.8%で、全国と比較しても実施率は低くなかった。今後小児訪問看護を行っていく意思については「受け入れたい・体制を整えば受け入れたい」が60%であった。
- ② 対象者は就学前の小児が半数以上で、重複障害を持ち医療依存度の高い子どもたちであった。看護ケアは状態観察や運動機能訓練などの予防的な関わりや、社会資源についての情報提供や相談、育児相談などの相談と家族への精神的援助が主であった。
- ③ 訪問看護における困りごとは家族との関わり、自分の技術・能力、組織・連携における困りごとであり、小児看護経験の少なさから母親や家族とのコミュニケーションに戸惑い、小児の病状判断に不安を感じながら訪問を行っていた。また、小児在宅ケアコーディネーターの不在や、レスパイト施設がないこと、現状に合わないシステムや制度など制度・社会資源の立ち遅れを痛感し、また様々な職種の小児訪問看護に対する理解不足から小児在宅が人々に理解されていない事を実感していた。
- ④ 小児訪問看護の発展のためには、小児看護に関する研修会を開催し、訪問看護師らの技術や能力向上を図る体制整備が早急に必要である。
(本研究は平成20年度三重県立看護大学学長特別研究費の助成を受けて実施したものである。)

文 献

- 1) 奈良間美保：小児患者の在宅ケア，クリニカル・プラクティス，25(1)，61-64，2006
- 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) 櫻井尚子，他：ナーシンググラフィカ21 在宅看護論 地域医療を支えるケア，P. 10，株式会社メディカ出版，大阪，2007
- 4) 船戸正久，他：医療従事者と家族のための小児在宅医療マニュアル，P.11，メディカ出版，大阪，2006
- 5) 前田浩利：小児在宅医療総論，日本在宅医学会雑誌，8(2)，7-10，2007
- 6) 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 小児訪問看護研修を企画して，訪問看護と介護，10(3)，192-199，2005
- 7) 2004年在宅医療助成勇美財団研究助成完了報告書 重症心身障害児・難病児在宅医療の実態と小児在宅医療推進のための社会基盤整備を目的とする基礎的研究，2009. 5. 12
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data2_20080331124439.pdf
- 8) 平成19年度 愛知県内訪問看護ステーション実態調査結果，2009・5・20
http://www.aichi-kangokyokai.or.jp/H20_1soukai08.pdf
- 9) 4)，P.30
- 10) 平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）重症心身障害児・者への訪問看護ステーション業務基準を活用した発達支援モデル事業 報告書，2009. 5. 12
<http://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveillance/h19-5.pdf>
- 11) 3)，P.70
- 12) 及川郁子：在宅ケアの現状，小児看護，27(10)，1324-1329，2004
- 13) 下地節子：小児訪問看護を行ってきて考えること 訪問看護の役割と課題，訪問看護と介護，14(2)，108-110，2009
- 14) 木原キヨ子：慢性疾患患児で在宅療養を要する小児の家族支援，チャイルドヘルス，6(2)，139-143，2003
- 15) 大国真彦，他：ナースの小児科学 改訂4版，P.5，株式会社 中外医薬社，東京，2007
- 16) 田中千鶴子：在宅障害児・者の家族に対するレスパイトサービスの実践及び評価 家族が求める

サービスの役割と効果的なサービスシステム要件, 家族看護学研究, 8(2), 188-196, 2003

- 17) 山西紀恵, 渡辺智子: 病院と訪問看護ステーションのかかわり－連携の現状と問題点－, 小児看護, 27(10), 1337-1342, 2004
- 18) 小沢浩, 他: 重症心身障害児(者)の家族介護の現状と課題, 脳と発達, 39, 279-282, 2007
- 19) 川本和子: 重症心身障害児の親が体験した医療者との関わり－診断・入院・在宅の経過の中で－, 愛媛県立医療技術短期大学紀要, 15, 73-79, 2002

