

当院における小児の退院支援の取り組みと今後の課題について

齊藤望, 小幡彰一, 久保綾子

舞鶴赤十字病院リハビリテーション科

要旨：近年、周産期医療の発達により NICU から在宅へ移行し、医療的ケアを受けながら生活する患児が増えている。今回、早期にカンファレンスを行い、医療機関やご家族と連携を図り退院へ繋げた事例を中心に、当院における小児の退院支援の取り組みと今後の課題について考察した。症例は 18 トリソミー、1 歳女児であった。

訪問前の課題として、看護師・セラピストが小児の事例が未経験で、医療処置の継続や在宅での緊急時の対応など入院中と同様にできるのか、母親は退院後の生活への不安が強かった。そこで、入院中にカンファレンスを行い、主治医からの病状説明や両親との事前面会を実施し、円滑に在宅へ移行できる様連携を図った。在宅では看護師は医療処置の継続、入浴介助を中心に実施した。リハビリテーションでは関節可動域訓練、座位や腹臥位での抗重力訓練、運動発達支援を実施していた。現在は 2 歳となり、預定は困難だが、椅子座位は可能となり、音楽に対して反応もあり表情が豊かになっていた。

今後在宅の小児疾患が増えていく事が予想され、訪問看護師やセラピストの知識・技術の研鑽は必須となる。また、通園施設や教育機関とも連携し、地域で支える枠組みを作っていくことが課題だと考える。

Key words : 小児, 多職種連携, 退院支援

I. はじめに

近年、周産期医療の発達により NICU から在宅へ移行し、医療的ケアを受けながら生活する患児が増えている。その要因として、NICU からの移行だけでなく、救命技術の進歩により複雑な先天性疾患や先天異常の子供たちが救命できるようになり、医療機器や医療ケアを利用しながら自宅で生活するケースが増えた事があげられる。また、もともと地域で生活していた重症心身障害児の加齢に伴い、医療的ケアが必要になるケースもあげられる。当院でも訪問看護・訪問リハビリテーションを必要とする患児が増えており、医療的依存度が高いケースもある。

今回、入院中から退院に向けてカンファレンスを実施し、医療機関や保健所、ご家族と連携を図りながら在宅移行へ繋げた事例を通して、当院における小児の在宅移行への取り組みと今後の課題について考察する。

II. 事例紹介

1 歳女児、18 トリソミー。妊娠期間中に胎児発育不全と心奇形を認め、羊水検査にて 18 トリソミーと診断された。在胎 37 週、1578g で出生。生後 10 ヶ月で大学病院から地域の基幹病院へ転院となり、約 1 か月後自宅退院となった。18 トリソミーとは、1960 年にエドワーズにより初めて報告された常染色体異数性の染色体異常症で、18 番染色体全長あるいは一部の重複に基づく先天異常症候群である。出生児 3500 人～8500 人に 1 人の頻度で見られ、

女児に多い(男児:女児=1:3)。主な症状は、胎児期からの成長障害、身体的特徴(手指の重なり・短い胸骨・揺り椅子状の足など)、先天性心疾患(心室中隔欠損・心房中隔欠損・動脈管開存・大動脈狭窄・両大血管右室起始など)、肺高血圧症、呼吸器系合併症(横隔膜弛緩症・上気道閉塞・無呼吸発作など)、消化器系合併症(食道閉鎖・鎖肛・胃食道逆流など)、泌尿器系合併症(馬蹄腎・水腎症・鼠経ヘルニアなど)、筋骨格系合併症(多指症・合指症・橈側欠損・関節拘縮・側弯症など)、難聴、悪性腫瘍などの症状を呈する¹⁾。

本症例においても、主な症状として両大血管右室起始症・肺動脈狭窄症・動脈管開存症・肺高血圧症・食堂閉鎖症 C 型・気管軟化症を認めた。心疾患に対しては循環作動薬や血管拡張薬の内服を継続、食道閉鎖症に対しては、食道気管離断と胃瘻造設、気管軟化症に対して人工呼吸器管理となった。

退院前の課題として、受け入れ側である看護師・セラピストが小児の事例が未経験であり、医療処置の継続や緊急時の対応など入院中と同様にできるのかという点と、退院後の実際の生活がイメージできないという母親の不安があった。

III. 方法

入院中にカンファレンスを実施し、主治医より病状や治療方針の説明、緊急時の対応などを確認し、病院との

連携を図った。また、入院中の患児と家族に事前に面会し、現状と不安な点や在宅での希望などを聞き、情報収集を行った。さらに、在宅で利用する医療機器の取り扱い説明やマニュアル作成等の事前勉強会を実施した(図1)。退院前には、主治医・訪問看護師が同行し、試験外泊を実施し、医療機器のセッティング等を行った(図2)。



図1 事前勉強会



図2 主治医・看護師同行による試験外泊

退院後は訪問看護師が医療処置の継続、入浴等実施し(図3)、訪問リハビリテーションでは関節可動域訓練、座位や腹臥位など様々な姿勢による運動発達支援を行った(図4)。現在は2歳となり、ポジショニングでの椅子座位が可能となり、好きな音楽が流れると笑顔を見せ、表情が豊かになっている。体調を崩し入院する事もあるが、概ね月に1回の定期的な診察入院で在宅生活を送ることができている。



図3 入浴介助



側臥位練習

座位での抗重力練習

腹臥位練習

図4 訪問リハビリでの運動発達支援

IV. 考察

今回、入院中から医療機関・訪問看護・訪問リハビリテーション・保健所等の連携によって、病院から在宅への円滑な移行が可能となった。このような医療機関と訪問事業などの連携により、地域で安心して暮らせるように支援していくという枠組みや考え方は、主に高齢者を対象とした介護保険ではすでに浸透しているといえる。小児領域においても、同様の考え方、サービス提供の幅は拡大している。しかし、小児の場合は障害特性が多岐にわたり、保育・教育などの集団生活の場といった、高齢者とは異なる部分がある。また、成長によって関係機関が変化していくという特性がある²⁾。2014(平成26)年度の小児在宅医療連携拠点事業³⁾の中でも、NICU等から退院し、重度の医療的ケアを要する小児等の在宅医療においては、特有の課題に対応する体制整備が必要とされている。これは、医療従事者間の連携に留まらず、教育や福祉分野と関わり、包括的かつ継続的な在宅医療提供のための体制を構築していく必要がある事を示している。

連携とは互いに連絡をとり、協力をして物事を行うことである。介護保険での連携で考えれば、介護支援専門員が中心となり、医療機関や福祉分野との連携やサービスの調整を行っていく。

これに対して小児においては、患児や家族を中心に、医療分野・福祉分野・教育分野の多様な専門性を有する支援者が各ライフステージにおいて、複数でケアを提供する事となる(図5)。

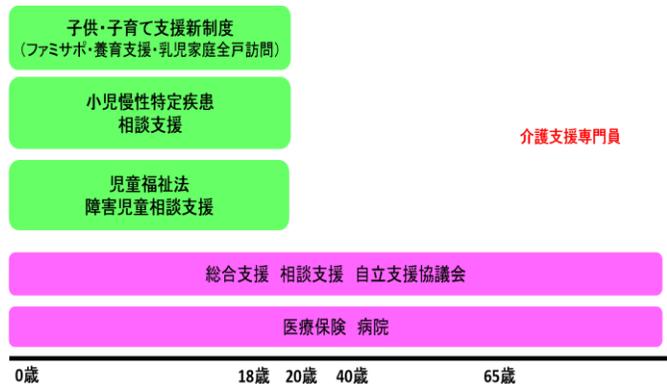


図5 小児の在宅ケアの流れ

厚生労働省の示した事業モデルでは、医療と連携した福祉サービスが提供できる様に、患児の生活をコーディネートする役割として障害者相談支援専門員を位置付けている。しかし、まだ認知度も低く、現状では各都道府県での違いもあり、各機関の連携は十分とは言えない。また、訪問セラピストも機関によっては認知度が低い為、情報共有が困難となる場合も多い。患児を介した交流の機会は多々あり、退院前カンファレンスの出席・病院や施設でのリハビリを見学に行く・小児系の研修会等に出向くなどをして、お互い顔が見える関係性を構築する事が重要であると考える。

【参考・引用文献】

1. 小児慢性特定疾病情報センター
(<https://www.shouman.jp/>)
2. 安井隆光:小児訪問リハ概論. 別冊小児リハビリテーション 1:7-13. 2017.
3. 厚生労働省:小児等在宅医療連携拠点事業, 2014.
(<https://www.ncchd.go.jp/center/activity/zaitaku/h26/h26-kourou1.pdf>)

当院における小児の退院支援の取り組みと今後の課題について