

O1-007

「超重症児」の小児在宅医療への移行の課題と対策：2例の経験から

関谷 真一郎¹、大橋 敦^{2,3}、金子 一成^{2,3}

¹ 泉大津市立病院 新生児内科、

² 関西医科大学 小児科学、

³ 関西医科大学 地域周産期医療人育成講座（泉大津市寄付講座）

【はじめに】

成人と同様に、「慢性の疾患や障がいをもった子どもが家族とともに自宅で生きる」ことを目指して、小児においても在宅医療が推進されている（小児在宅医療）。一方で、新生児医療の進歩によって人工呼吸器管理や気管切開などの高度の医療行為を必要とする「超重症児」が増加している。今回、新生児仮死で出生し、「超重症児」となった2症例を在宅医療に移行することができた。その経験に基づいて小児在宅医療への移行の課題と対策について報告する。

【症例1】

在胎34週1日、女児。常位胎盤早期剥離のため重症新生児仮死（Apgarスコア1分値0点、5分値1点）で出生。出生時体重1,993g。低酸素性虚血性脳症と壊死性腸炎（生後1か月時に回腸瘻造設術を施行）を合併した。人工呼吸器からの離脱が困難で、生後4か月時に気管切開術を施行した。経口摂取も不可能で、十二指腸チューブからの経腸栄養を要した。超重症児（者）の判定基準で「超重症児」に該当した。在宅診療医、訪問看護師、訪問理学療法士を選定し、各種社会資源（医療費助成、障害者手帳交付、各種手当など）の申請を行い、生後11か月で退院、在宅医療へ移行となった。

【症例2】

在胎37週1日、女児。新生児仮死（Apgarスコア1分値5点、5分値6点）で出生。出生時体重2,220g。前医で選択的帝王切開分娩によって出生したが、呼吸障害とけいれん発作を認めたため新生児集中治療室に入院した。進行性の脳萎縮と繰り返すけいれん発作による呼吸障害のため、生後3か月時に気管切開術が施行され人工呼吸器による長期呼吸管理状態となった。経口摂取も不可能で、胃管による注入栄養を要した。転居に伴い生後8か月時に当院へ転院となった。超重症児（者）の判定基準で「超重症児」に該当した。在宅診療医、訪問看護師を選定し、各種社会資源の申請を行い、生後10か月で退院、在宅医療へ移行となった。

【まとめ】

今回「超重症児」の2症例を在宅医療に移行することが出来た。成人領域に比べ、小児在宅医療に関しては地域の受け手の体制が十分とは言えないのが現状である。しかし、重症心身障がい児、特に超重症児のスムーズな在宅医療への移行には、関係者（主治医、地域の在宅診療医、訪問看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーなど）の緊密な連携による問題点の把握と解決、および退院前の訪問指導がきわめて重要であると思われた。