

## P-092

## 小児の訪問看護の経験のある看護師と経験のない看護師が抱く困難感の違い-4県の訪問看護ステーションの管理者・看護師への調査から-

相墨 生恵、工藤 朋子

岩手県立大学看護学部

**【目的】** 小児利用者を受け入れない方針の訪問看護ステーションは少なくない。現状での課題の本質を明らかにすることを目的として調査を行った。

**【方法】** 4つの県で働く訪問管理者（以下管理者）および訪問看護師（以下看護師）を対象とした。返信用封筒を同封した質問紙を郵送にて配布し、返信をもって同意とみなした。質問紙は「小児特有の困難」とは「大人の利用者では発生しない事なのか」「看護ケアの継続が難しいほどの困難なのか」「実際にやってみて感じた困難なのかまたは想像からくる困難なのか」などを明らかにすることを目的としてオリジナルの質問紙を作成した。所属機関の倫理審査で承認を得た。

**【結果】** 管理者909名に配布し164名、看護師2888名に配布し448名から返信があった（回収率18.0%，15.5%）。小児への訪問経験のある管理者は78名（47.6%）、看護師は196名（43.8%）であった。看護師への調査から大人の利用者への看護と比較して大人の利用者さんと比べて困難>が<大人の利用者さんと比べて同じ><大人の利用者さんと比べて困難ではない>を上回った項目は、〔注射・点滴〕〔利用者の心のケア〕など3項目のみであった。小児の訪問看護で困難に感じることについて、<そのような状況はない><解決できないほどの困難><困難に感じるが対応できる><困難に感じない>の4つのうち<解決できないほどの困難>が3割を超えた項目が経験のある看護師（以下経験看護師）では1つもなかったのに対し、経験のない看護師（以下未経験看護師）は10項目あった。また経験看護師は〔近隣に担当医がないこと〕〔緊急時の受け入れ病院がはっきりしていないこと〕について<解決できないほどの困難>が18.4%，10.2%であったのに対し、未経験看護師は48.3%，45.7%で大きな差があった。特に〔緊急時の受け入れ病院がはっきりしていないこと〕については経験看護師の54.8%が〔そのような状況はない〕と回答していた。どうしても小児利用者を担当したくない看護師はわずか5%であった。

**【考察】** 未経験看護師は小児を受け入れない理由又は受け入れるための条件とされてきたことの多くについて、状況そのものがあまりないことなどの実情を知ることで小児利用者受け入れへの思いに変化が期待できると考えられた。また、これまでの調査の多くは管理者に対して行われており、看護師の思いも明らかにし全体で共有していくことが必要と考えられた。

## P-093

## インフルエンザA型感染を契機に糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)を発症したミトコンドリア病重症心身障害児の在宅医療への移行の一例

村松友佳子<sup>2)</sup>、櫻木 拓海<sup>1)</sup>、伊藤 早苗<sup>2)</sup>、邊見 勇人<sup>3)</sup>、鳥居 ゆか<sup>2)</sup>、福嶋 真依<sup>4)</sup>、鈴木謙太郎<sup>2)</sup>、郷 清貴<sup>2)</sup>、福田 悠人<sup>2)</sup>、白木 杏奈<sup>2)</sup>、森本 美仁<sup>2)</sup>、山本 啓之<sup>2)</sup>、伊藤 祐史<sup>2)</sup>、城所 博之<sup>2)</sup>、高橋 義行<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>名古屋大学 医学部 医学科、

<sup>2)</sup>名古屋大学医学部付属病院 小児科、

<sup>3)</sup>こども在宅クリニックもじや、

<sup>4)</sup>あいち小児保健医療総合センター

**【背景】** ミトコンドリア病は、ミトコンドリア遺伝子や核遺伝子の病的バリアントにより、ミトコンドリア機能に異常・障害をきたし、臓器機能不全・障害を引き起こす。その障害が脳β細胞に及び、インスリン分泌不全をきたしたものがミトコンドリア糖尿病と呼ばれ、糖尿病の約1%を占める。また、重症身体障害児の場合、診療に関わる施設や職種が多く、介護する家族への負担も大きいため、疾患管理に特別な配慮を要する。**【症例提示】** 症例は11歳女児。出生時の多発関節拘縮、嚥下障害、呼吸障害から、胃瘻による経管栄養、気管切開による在宅人工呼吸管理が導入されていた。遺伝子異常は特定できていないが、ミトコンドリア機能異常を認めている。インフルエンザA型感染を機にDKAを発症し、ミトコンドリア病に伴う糖尿病が疑われた。集中治療によりアシドーシス、電解質、血糖は補正され、インフルエンザA型感染も治癒、入院後1週間程度で、血糖が300前後の状態で一般病棟へ移床した。血糖コントロールは、当初はインスリン持続注射で行っていたが、一般病棟移床後はスライディングスケール法で血糖管理を行った。なお血糖測定は、インスリン注射前に1日4回行った。血糖が100-150程度で安定したタイミングで、他院専門医に在宅における血糖コントロール方法を相談するとともに、かかりつけ在宅医、在宅看護ステーションスタッフなどのケースワーカーと退院後の在宅医療管理やケアについての情報交換および計画立案を行った。重症心身障害児であり、療育利用等を鑑み、複数のケアスタッフにも安定した管理ができるよう、インスリン注射回数を可能な限り減らすことを目的に、管理方法の調整を行った。朝に超即効型と中間型の混合インスリン（ヒューマログミックス50 3U）、夕に超即効型インスリン（ヒューマログ 3U）および持効型インスリン（トレシーパ 6U）の併用注射にて血糖値の安定を確認でき、在宅移行することとした。血糖測定は1日4回を継続した。**【結語】** 今回、ミトコンドリア病が疑われる児の糖尿病性ケトアシドーシスで発症した糖尿病の一例を経験した。本症例においては、入院時より、保護者、専門医、在宅医、ケースワーカーとの綿密な連携により在宅への移行が可能となった。重症心身障害児においては多くのケアスタッフが関わるため血糖管理法の単純化とその情報共有が重要である。