

要旨

本研究は、医療的ケアが必要な子どもが在宅に移行する在宅移行期の段階に、情報共有シートを用いて継続的に行った子どもと家族に対する看護支援のプロセスを分析し、在宅移行期における看護支援のあり方を考察することを目的とした。

研究対象者は、経管栄養や在宅酸素療法などの医療的ケアを必要とし、NICU から退院した子どもとその家族 4 事例である。退院前から退院後 1 か月～3 か月の外来受診で行った継続的な看護支援について記載した情報共有シート・実習記録をもとに、子どもの身体状況と成長発達、家族のケア能力、家族の生活の変化等の視点から分析を行った。

【結果】 ケース 1 では、子どもの吸啜力の変化を捉え哺乳量や心機能と合わせて評価するタイミングが遅かったため、子どもに適切な哺乳方法の検討の遅れにつながった。ケース 2 では、子どもの吸啜力が上がったが、注入量増加により空腹感がなく、注入を中止したことで、子どもの力で哺乳瓶での哺乳することにつながった。ケース 3 では、退院後に子どもの嘔吐が増えたため、母親の判断力を支援する目的で訪問看護を導入したこと、子どものケア方法の指導、ケア能力のフィードバックが母親のケア能力の向上につながった。ケース 4 では、退院後に、母親の気づきをもとに、医師と連携し、外来で子どもの酸素を外し呼吸状態の評価をしたことが、自宅で子どもが酸素カニューラを外して過ごす時間の増加につながった。

【結論】 情報共有シートの使用は、入院中に子どもと家族の情報を知ることによって退院後の課題を見出すことができ、退院後に連続性をもって子どもと家族の変化を捉えることにつながっていた。

子どもの退院前には、家族が退院直後に子どもの身体状況を判断できるための支援の調整、家族の生活に合わせたケアの調整や細かな説明、きょうだい児への対応、子どもと家族のニーズに合った訪問看護の利用方法を家族に提示すること、などが看護支援として必要であると考えられた。退院後には、家族のケア能力や生活に合わせて子どもの発達を促す支援を行うこと、子どもの生活リズムの調整を家族に促すことが、子どもの成長発達の支援として考えられた。家族のケア能力は、子どもの退院後 1～2 か月で判断力が高まり、看護支援として、家族のケア能力を認めフィードバックすることが必要と考えられた。また、子どもの身体状況は、成長発達と合わせて変化がみられており、外来で、子どもの成長発達、身体状況、家族のケア能力、生活をアセスメントし、子どもの力を伸ばすタイミングを捉えて、医師や他職種と協働しながら、ケア方法の見直しや必要な支援を検討することが重要であると考えられた。

医療的ケアが必要な子どもの在宅移行期に、外来において看護支援を行う看護師は、子どもと家族を多角的に捉えて課題を見出すアセスメント能力と、必要な支援を判断し、院内や地域を含めて行う調整能力が必要であると考えられた。