

医療的ケアを必要とする小児の退院支援

～ Discharge adjustment of an infant needing medical care ～

東4階病棟

竹内沙弥香 高橋法恵

〈要旨〉人工呼吸器を装着して自宅へ帰る小児の在宅移行調整を行った。事例を3つの時期の分けそれぞれの時期での看護介入を振り返り、どのような看護介入が有効であったか検討した。それぞれの時期で両親と人間関係の確立、両親のケアの獲得度合いに合わせた介入、両親の希望を確認しながらの医療機器、衛生材料の調整を行った。これらの介入を行ったことで、両親の意向を反映し、患児と両親を中心とした在宅移行調整がスムーズに行うことができた。

キーワード：小児，退院支援，医療ケア

1. はじめに

私達の病棟では血液疾患患児が多く、重症心身障害児が入院する症例は少ない。

今回NICUから人工呼吸器を装着し初めて自宅へ帰るといふ症例を経験した。病棟では初めてのケースであり、経験がある主治医を中心にスケジュールの調整、社会資源の導入、両親の希望やケアの方法を確認し、両親を交えながらの打ち合わせを重ねた。結果両親が主体的となり在宅移行調整を行う事ができた。

今回、初めての症例にも関わらず移行調整がスムーズに進んだ背景には、病棟スタッフや他職種との情報・目標の共有が適切に行われた事、両親を中心とし患者・家族が主役となって在宅移行調整が進められた為と考える。

今回の事例を振り返り、両親中心の在宅移行調整、他職種との連携の重要性について学んだので紹介する。

2. 研究方法

1) 方法

当病棟の入院期間中（約5ヶ月間）の看護記録、退院調整のための作成した在宅移行調整ファイルの内容を元に事例の振り返りを行った。①病棟転棟～こども病院転院まで、②再入院～初回の外泊まで、③外泊後～退院までの3つの時期に分け、両親の言動、看護介入、他職種との連携について時系列に書き出した。実施した看護介入とその前後での両親の言動を比較し、看護介入について検討した。

2) 事例紹介

患児：A。病棟転棟時、生後11カ月。ネマリソミオパチー。

気管切開での呼吸器管理・経管栄養管理。

家族：父，母。主な介護者は母。県内に母方の実家

はあるが、近隣に協力者はなし。

経過：ネマリソミオパチーにて、出生時よりNICU管理。気管切開、人工呼吸器、経管栄養実施。生後11ヶ月で在宅移行の為、小児科病棟へ転棟。生後12ヶ月で胃瘻造設の為、県立こども病院へ転院。その後当科へ再入院し、本格的な在宅移行調整開始。

2. 倫理的配慮

研究に当たっては匿名とし、記述内容によって患者が特定されないよう配慮した。

3. 在宅移行に向けた両親との関わり

1) 病棟転棟からこども病院転院まで

この期間は、1日2～3時間程度の面会のみであったNICUから一般病棟での生活環境の変化になれてもらう事や、新しい医師・看護師との人間関係を築く事を目標とした。

転棟に伴い、環境・人間関係が一度に代わってしまったと共に、転棟後数日で24時間付き添いを始めるなど両親の生活リズムも大きな変化があった。両親は在宅への希望はもっていたが、生活はほぼイメージはできていなかった。両親ともに緊張度が高い時期であり、このような時期には在宅移行の準備よりも患児・両親が少しでも早く新しい環境での生活になれ、不安軽減ができるように努める事が必要であった。

ケアについてはNICUの生活リズムをそのまま引き継ぎ、またスタッフが統一したケアができるよう生活表を作成した。また患児のケアとしてかかわる時間以外にも、病室を訪室し母と話をするだけの時間を作り、担当でなくても勤務で病棟にいる時は必ず声をかけるなど、関われる時間を多く持つように介入した。

上記の介入を行い、転棟時には「私，人見知りなん

ですよね。ちゃんとはなせるかな？」と不安の訴えがあったが、1週間程立つと「まだ不安はあるけど、すこしお家に近づいた感じで良いですね。看護師さんや先生ともお話できるようになって来ました。」との発言が聞かれた。またケアの希望や、看護師のケアで気になった点などの伝えることができるようになってきた。

2) 再入院から初回外泊まで

こども病院に胃瘻造設の為に3週間入院し、当病棟に再入院後からは医療ケアの獲得が目標となった。

ケアは自宅で行うことを考えできるだけ単純化し、実際に手技を獲得していく中で主な介護者である母の意見を取り入れ修正を行った。注入、吸引、血糖測定など最初は看護師の手技の見学、見守り、実施後の確認など徐々に介入の度合いを下げた。また夕方や週末のみで、付き添い時間の少ない父の場合は介入の度合いを上げるなど、両親それぞれに合わせて手技の習得を行っていった。また一度自立した手技でも、両親が不安に感じた時は必ずその都度対応し、解決する事でケアの自立がスムーズに進むよう介入していった。またそれぞれの獲得度合いをスタッフが共有できるよう看護記録や書面に残し情報交換を行った。

上記介入を行い、「自信ないな。でも家でやらないとでもんね。一緒にやってもらっていいですか？」と話していた両親から、「パパと二人でできました。」「自宅ではこんな風にすればいいですね」と、自宅でのケアを考えた発言が聞かれるようになっていった。

手技の獲得、トラブル時の対応が獲得できている事が確認できたあとは、外泊に向け病室を自宅と仮定した模擬外泊を実施した。模擬外泊では両親揃っての付き添いの元、医療者の介入を最低限とし、生活をして貰った。看護師も朝と夕方に本人・家族の様子を確認するのみにとどめ、夜勤帯でも巡視は行うが、呼吸器の管理などは両親で行ってもらった。困った事があった時のみナースコールをしてもらう事としていたが、模擬外泊中はトラブルなくナースコール対応もなかった。実施後、母からは「看護師さんがいないってドキドキしたけど、案外いけちゃいました。お家でも大丈夫そうですね」との言葉が聞かれた。模擬外泊後は、両親ともに更に積極的にケアに取り組む姿がみられ、休日など父の面会があるときは、両親のみで過ごすことができるようになっていった。

また初めての外泊から訪問看護師の介入を得られ、また呼吸器業者の担当者に自宅での呼吸器設置を行ってもらうなど他職種の協力が多くあり、トラブルもなく両親も安心して過ごす事が出来た。初めての外泊が成功したことが両親の更なる自信につながり在宅移行への意識がさらに強くなっていった。

2) 初めての外泊から本退院まで

ケアの主体がほぼ両親となり本退院が近付いてからは在宅で使用する必要物品についての確認を行っていく事になった。短期間の外泊では、衛生材料も病院と全く同じように使用してもらっていたが、在宅に向け病院との衛生材料の使用法の違いや、代用品の提案を行い準備を進めていった。

衛生材料の準備について物品リストを作成し、母の使い勝手、物品購入のサイクルなども考え、母と何度も打ち合わせを重ねた。吸引機などの医療機器についても、いくつかの種類の中から、両親よくに主な介護者である母が使い勝手の良いものを選んでいった。外泊・一時退院後には訪問看護師の意見なども取り入れ物品の見直しを行った。それにより、衛生材料の種類・数については両親も納得し、スムーズに支給物品の準備ができた。また外泊、一時退院を繰り返す中で、訪問看護師とケアを相談し取り組むことが多くなり母と訪問看護師の関係も確立する事ができた。

外泊、一時退院が成功を重ね、両親を中心とした調整を行った事で両親から「早く家に帰りたい。病院よりも家の方が断然楽しい。」との発言がきかれた。

4. 考察

病棟転倒から初回外泊までの期間は、人間関係、環境が一気に変化してしまい、両親の緊張どうも高い時期であった。またこの時点で一ヶ月後にこども病院への転院が決まっていたこともあり、ケアの獲得を進めていくよりも、まず人間関係を作り、環境の変化になれてもらう事が大切と考えた。その為、両親が現在の人間関係、環境の変化に慣れていけるように介入を行った。この時期に時間を掛けて人間関係の形成が出来たことで、両親が医療者に対して自身の思いを表出しやすい環境を整えられたと考える。またこの時期に関係性が築けたことで、以降の在宅調整にも両親の意見が反映しやすくなり、両親を中心とした在宅移行調整を進められた要因になっていると考える。

再入院から初回外泊までの期間は、ケアの獲得を目標としていた。両親ともに初めてのケアが多く両親が不安を出来るだけ抱かずにケアの獲得を進めていける様に介入の調整を行った。両親のケア獲得度合いを確認しながら、介入の度合いを下げることでスムーズにケアを獲得でき、両親が「自分もでも出来る」と成功体験を重ねていく事が出来た。ケアの獲得を進めて行く際にはケアの獲得度合いを確認し、両親が自分たちの手技に不安や困難感を抱いていない確認し、自信をもって取り組めるように介入を行っていく必要がある。

初回の外泊から本退院までの時期は、在宅で使用する医療機器、衛生材料の準備を進めていった。医療機

器、衛生材料はまずこちらで必要な物品の種類、ある程度数をこちらで提示し、それを元に両親と打ち合わせを重ねた。特に衛生材料の準備は外泊や入院中の生活の中で両親の使い勝手がよいことを優先とし、両親の意見を確認しながら行った。それにより両親の希望が反映され、納得する調整ができたと考える。

5. まとめ

在宅移行は両親の在宅への希望や意欲が最も大切ではあるが、それだけでは在宅での生活は行えず、医療機器や社会資源の導入など生活環境を支える事前の準備が整っている必要がある。

特に小児の場合は、医療ケアの担い手が両親であることが多い。祖の為、両親が在宅での生活に自信を持ち安心して取り組めるように準備を進めていく必要がある。今回の場合は両親のケアの獲得度合いを確認しながら介入した事で、両親が自分たちのケアに自信を

持ち取り組むことが出来ていた。また両親、とくに主な介護者である母親の希望を確認しながら衛生材料やその他のサービス導入を行った事で、両親の意向を反映された調整ができたと考える。

両親のケアの獲得度合い、在宅生活やケアへの希望を確認しながら細かく打ち合わせを重ねたことで、トラブルなく両親が安心して在宅移行調整に取り組むことができた。今後もこの事例の経験を活かし、在宅移行調整を行っていききたい。

参考文献, HP

- ・森山美智子, 宮下美香: 退院に向けた家族の看護: 退院に向けた家族支援. 家族看護, 2: 16-21: 2004
- ・特定非営利活動法人e-MADO 病気のこどもの総合ケアネット <http://www.e-mado.org/>