

特集

生活モデルを基盤とした 在宅移行支援

～ NICU から在宅へ～

＊ 特集にあたって ＊

医療的ケア児と家族が“その子らしく” “その家族らしく”暮らし続けるために

NICU (Neonatal Intensive Care Unit) などから退院する6割以上の子どもは、吸引、経管栄養などの医療的ケアを必要としており、そのうち2割の子どもは人工呼吸器を装着しながら在宅で暮らしています¹⁾。また2010(平成22)年以降、NICU長期入院児は増加傾向にあります¹⁾。これらの現状を受けて、2016(平成28)年度より、子どもと家族が安心・納得しながら在宅へ移行できるよう、NICU入院時から早期に退院調整を行う「退院支援加算3」が新設され、さらには退院後5回までの訪問看護をNICUから行えるように、診療報酬算定が改定されました。言い換えれば、医療的ケア児の退院後の暮らしの基盤をNICUから構築することを、国が期待しているといえます。

これまでNICUで行われてきた在宅移行支援は、子どもの状態の安定を図ることを第一の目的とする、いわゆる『医療モデル』が中心でした。私が看護師になった今から約20年前は、医療的ケアの必要な子どものほとんどが、重症心身障害児であり、退院後は少しでも長く家にいられるように、命の安全や体調管理を中心に家族に指導していた記憶があります。しかし近年は、気管切開、人工呼吸器、経管栄養などの高度な医療を必要としながらも、話せたり歩けたりできる子どもたちが増えてきています。このような医療的ケア児は、退院後の支援しだいで著しい成長・発達が見込め、退院と同時に療育支援や子どもの生活経験を豊かにするための支援が必要です。そこで、NICUからの在宅移行支援には、『医療モデル』に加えて、子育ておよび子どもと家族の生活を基準に考える視点、すなわち『生活モデル』が必要となると考え、本特集を企画しました。

ここで用いている『生活モデル』とは、『地域・居住環境との交互作用(かかわり)を通じて、子どものICFでいうところの生活機能の発達を促すためのモデル』²⁾のことです。

医療的ケア児が家族のなかで、さらには地域のなかで、その子らしく成長し、その家族らしく暮らし続けていくためには、さまざまな専門職からの継続的なサポートが必要です。そしてその多職種によるサポートは、NICU入院時から始めることが重要です。病院での在宅移行カンファレンスへの相談支援専門員や訪問看護師の参加、NICU看護師による訪問看護など、子どもと家族の移行の経過に合わせて、日ごろ活動している場を越えての連携が求められています。本特集では、医師、NICU看護師、訪問看護師、理学療法士、ソーシャルワーカー、相談支援専門員など、多くの関連職種に執筆してもらっています。NICUから在宅移行する子どもに必要な『医療モデル』と、子どもと家族に必要な『生活モデル』の両方の視点を学ぶ機会になれば嬉しいのです。

最後に、医療的ケア児とその家族が“その子らしく” “その家族らしく”暮らし続けることができるように、皆でサポートしていきましょう。

【文 献】

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課：医療的ケア児について。在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等の地域支援体制構築に係る医療・福祉担当者合同会議。2016年3月16日資料。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenufukushibu/0000118079.pdf> (2016年8月5日閲覧)
- 2) 末田邦子：社会福祉士・精神保健福祉士養成教育における「生活モデル」用語の検討。愛知淑徳大学論集 福祉貢献学部 篇 4：43-56, 2014.

淑徳大学看護栄養学部
小川純子 Ogawa Junko