

新生児集中ケア認定看護師教育課程を受講して

看護部 中田 麻美

1. はじめに

近年、日本の出生率は減少傾向にあるが、早産、低出生体重児の出生は増加している。このような状況の中、日本の新生児医療の進歩に伴いハイリスク新生児の救命率は、高くなっている。新生児期における問題の多くが、出生前後に存在しているため、細やかな医療や看護が必要とされる¹⁾。

当院 NICU は、2013年に新生児集中管理室として認可され、28週以上1,000g以上の早産児や疾患を持つ新生児を対象とした受け入れを行っており、6床で稼働している。このような現状において、妊娠分娩経過から出生時の予測を行い、出生直後のケアから全身管理を行う。加えて、生理学的・神経学的発達を支援する。また、家族背景や心理を把握し、新生児を含めた、家族が形成するための支援のために、ファミリーセンタードケアの実践が必要となる。このような細やかな看護が必要とされる新生児集中ケア部門で、自分自身のスキルアップや根拠のある指導を行うために新生児集中ケア認定看護師の取得を志した。

6カ月間の新生児集中ケア認定看護教育課程を受講し、教育課程での学びと、求められる新生児集中ケア認定看護師の技術や能力、当院新生児集中ケアの課題と役割について述べる。

2. 新生児集中ケア認定看護師とは

認定看護師とは、日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有し、水準の高い看護実践を通して看護師に対する指導・相談活動を行うことを目的とする看護師である。その中でも、新生児集中ケア認定看護師は、新生児集中

ケアにおいてその質の高い看護を求められている。新生児集中ケア認定看護師の目的は、以下の2項目である²⁾。

- (1) 急性期にあるハイリスク新生児とその家族の QOL 向上に向けて、水準の高い看護を実践する。
- (2) 新生児集中ケア分野において、看護実践を通して他の看護職者に対して指導・相談ができる。

また、その期待される能力は、以下の6項目である。

- 1) 新生児の病態の急激な変化を予測し、重篤化を予防するとともに生理学的安定を図ることができる。
- 2) 新生児の障害なき成育のために神経行動学的な発達を促すための個別化されたケアを実施することができる。
- 3) 心理的な危機状態に直面している家族が、子どもとの関係を築けるよう支援することができる。
- 4) 急性期にあるハイリスク新生児とその家族の権利を擁護し、自己決定を尊重した看護を実践できる。
- 5) より質の高い医療を推進するため、他職種と共同し、チームの一員として役割を果たすことができる。
- 6) 新生児集中ケア領域の看護実践を通して、役割モデルを示し、看護職者への指導・相談を行うことができる。

3. 新生児集中ケア認定看護師教育課程

教育課程は、共通科目120時間、専門基礎科目150時間、専門科目120時間、学内実習60時間、実習180時間、総時間630時間の教育を受ける²⁾。研修初期は、グループワークや検討事項のプレ

ゼンテーションを数多く経験し、各種試験やレポートで知識を習得する。その内容は、新生児医療の現状と変遷、フィジカルアセスメント、安全管理、新生児技術論など、専門知識の習得するための教育である。また、ハイリスク新生児の親の理解、新生児集中ケア方法、新生児集中ケア指導など、他部門へのコンサルテーション能力や、指導を習得するための教育もある。次に、指導案を考え完成させ、事前資料を収集した上で、各施設で実習に臨む。実習では、3事例以上のハイリスク新生児を担当し、実習施設でのスタッフ指導を行い、コンサルテーション能力や認定看護師研修生としてのリーダーシップを問われる。実習終了後は、実習事例検討発表を通じて自身の看護をフィードバックし、修了試験を通過し、教育課程履修となる。この課程を経て、新生児集中ケア認定看護師試験の受験条件が獲得できることとなる。

4. 新生児集中ケア認定看護師課程での学び

カリキュラムの中で、心理的危機状態にある親の看護では、はじめに勤務で経験した事例をまとめ、新生児や親の背景を含めた倫理的分析と心理的分析を行った。それは、常に、止むなく分離状態にある、ハイリスク新生児を持つ両親の心理状態を軸にしたファミリーセンタードケアを考察するものである。コーンの危機・障害受容、フィンクの危機モデルなどのツールを活用し、実際の事例を振り返り、出生後の急性期における両親の心理的な動きに沿ったかわりとはどういう看護かを考える。また、自分の行ってきた看護がどのような影響を与えたのか、入院する新生児の変化する状況に応じて、今の両親の心理はどのようなものなのかを常に振り返り、どうすればその家族の思いを尊重し、意思決定を受け入れ、家族形成の支援ができるのかを悩み、コンサルテーションを含めたその方法を学んだ。

また、技術分野の検討も数多く行った。新生児集中ケア分野では、生理学的に成熟していない脆弱な新生児が対象のため、そのエビデンス

が確立途中の技術は、数多くある。それ故に、新生児の脆弱な身体条件を踏まえて、検討議論することでさらに細やかさを加えたものにななければならない。

例えば、気管吸引では2.0mmの気管カニューラに5Frの吸引カテーテルを挿入する際は、死腔が0.3mmしかない。そのため、吸引圧を大きくすれば新生児への負担も大きく肺泡が虚脱してしまうことになる。しかし、最小限の実施で効果的な吸引を行わなければならない。その時の新生児の状態により生理的根拠を考察した上で、吸引圧を調節し、効果的で非侵襲的な技術提供をしていく必要がある。このように技術の必修条件の一つは、対象を主役とした疲労や苦痛を与えないスムーズな技術である。また、皮膚の脆弱な新生児において、感染面での配慮も必要なため、清潔でシンプルな固定が最善である。しかし、新生児の気管カニューレは、粘膜損傷しないようにカフの無いカニューレのため、事故抜管という事態になり兼ねない。そのため、確実な固定が必要なのである。対象の反応をみた技術は成人領域においても同様であるが、新生児分野は、日齢や週数、病態や成育などまだ成熟できていない脆弱さを加味した上で、その時の状態にあった技術を提供する必要がある。そして、仕組みや技術方法は、気管カニューレのシンプル且つ強い固定などのように、相反する条件も調和しなければならない。また、すべての技術において、新生児の成長を促進し、新生児の発信するサインを読み取り、倫理的配慮を見落とさない事も求められる。それらの条件を満たした上で、本当に有効で実行可能であるかを振り返り検証し、技術が成り立つ。また、同時に、対象の新生児の状態に沿った物品や道具の選択・厳選を行い、時に変革的に、視野を広く持ち、繊細でなくてはならないことも新生児集中ケア分野の特徴である³⁾。

5. 当院新生児集中ケアの現状における考察と課題

当院新生児集中ケアでは、出生前から産科と

協働し、ハイリスク新生児とその両親に寄り添い親身な看護の実践を目標としている。ハイリスク新生児の出生前の対策では、産科-小児科カンファレンスで情報交換を行っている。出生時は、小児科医の立会いと、新生児集中ケアスタッフによるベビーキャッチを実施している。また、スタッフは全員、新生児蘇生のライセンスを取得し、新生児の出生時における救命に臨んでいる。

ミルトン・メイヤノフは、「もしケアが実際に行われているものとすれば、私はある行動、ある態度をとることが必要なだけでなく、その私の行った結果として、相手も変化、発展していくに相違ない。すなわち私は、実際に相手が成長するように援助しなければならない。」としている⁴⁾。急性期における看護では、人工呼吸器や中心静脈栄養などの治療に伴う看護の実践となる。未熟で脆弱な状態の新生児の救命を行いながら、発達発育を含めた神経学的身体状態を把握し、健やかな成長のため、より深く繊細な看護実践を目標に取り組んでいる。

この目標に沿って、神経行動学的発達を促すケアを、すべての実践レベルで行えるよう、痛みのスケールFaces Scale for Pain Assessment for Preterm Infants (FSPAPI)などの指標を活用している。また、Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP: 新生児個別的発達ケアと評価プログラム)の導入なども検討し、現在当院のディベロップメンタルケアを評価し、スキルアップを目指している⁵⁾。

例えば、ケアや処置時、触れる前後の児の筋肉の動きや表情、モニター上のHRや呼吸数の変動、顔の表情を数値で測定する。このような手段により、良かれと思い実施したことも、新生児にはストレスサインとして現れることもある。可視化することにより、新生児にかかわるスタッフは、新生児にとってはどうなのかを理解し、両親は、我が子と過ごす時間と経験を共有できる機会となるのではないだろうか。また、この一連の看護やケアを両親の心情に沿っ

て、無理のない心理状態の時期に、共有することも、親子分離状態の家族のスタートラインとしての支援であり、ファミリーセンタードケアの一環と考えている^{6,7)}。

6. おわりに

ハイリスク新生児の両親に対する看護では、ハイリスク新生児の出生時から状態変化と共に両親の役割や思いは変化する⁸⁾。それをくみ取り、チーム医療に多職種との協働や他部門との共有などチーム医療を行い、社会的資源を活用し、スタッフと共に考え携わることが、親子分離状態にある新生児集中ケアの、家族形成支援である。すなわち、新生児科医師、産科スタッフ、臨床心理士、理学療法士、臨床工学技士、看護師の、ハイリスク新生児にかかわる全ての職種が協働することが必要である。さらに、ハイリスク新生児の重篤化の予防と育成は、冷静で確実な判断と、個別性ある患者中心医療を理解した謙虚な姿勢と温かい気持ちが、不可欠である^{5,9)}。

また、自身が行った技術が、新生児の神経学的、生理学的観点での全身状態や成長に直接影響する責任を自覚している。ハイリスク新生児が持っている最大限の成長発達ができる技術を提供し、障害なき育成のために、より具体的な反応を捉え、全身状態の安定化を図り、新生児集中ケア看護のリーダーとしての能力が、認定看護師に求められる。

役割モデルとなるよう、そのサインを確実に読み取り、愛情を持って寄り添い、ハイリスク新生児とその両親が中心になる看護をチームで考え、その一員として活動することでチームに貢献し、自己研鑽していきたい。

文 献

- 1) 田村正徳. 新生児蘇生法テキスト. 東京: メジカルビュー社; 2011.
- 2) 日本看護協会. 認定看護師教育基準カリキュラム 新生児集中ケア. [引用 2015-06-12]. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp->

- content/uploads/2015/03/12sinseiji.pdf
- 3) 小川雄之亮. 新生児学. 2版. 大阪:メディカ出版;2000.
 - 4) ミルトン・メイヤロフ著, 田村真, 向野宣之訳. ケアであるといえる範囲. ケアの本質 生きることの意味. 東京:ゆみる出版;1987. p.89.
 - 5) 仁志田博司. デシベロップメンタルケアの NIDCAP モデル. ディベロップメンタルケア. 大阪:メディカ出版;2014. p.141.
 - 6) 小島操子. 看護における危機理論・危機介入. 京都:金芳堂;2013.
 - 7) 橋本洋子. NICU ところのケア. 2版. 大阪:メディカ出版;2011.
 - 8) 野嶋佐由美, 渡辺裕子編. 周産期の家族への看護 (家族看護選書 第2巻). 東京:日本看護協会出版会;2008.
 - 9) 細田満和子. 「チーム医療」とは何か. 東京:日本看護協会出版会;2012.