Ⅰ　NICU 入院児支援コーディネーターについて

この章では、ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーターについて、ハイリスク児とその家族への支援を行うための理念や視点、東京都ＮＩＣＵ退院支援モデル事業において、ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーターが取組んだ活動の概要をご紹介します。

Ⅰ　ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーターについて

１　ハイリスク児と家族への支援の全体像

（1）ハイリスク児と家族への支援

平成 22 年に策定された東京都周産期医療体制整備計画により、NICU 入院児支援コーディネーターがその機能を発揮できる環境が整ったことは、ハイリスク児とそのご家族にとっては大きなサポート資源が制度的に位置づけられたことになる。

保健・医療・福祉の連携の要となるコーディネート機能を果たす人材として位置づけられている NICU 入院児支援コーディネーターが、十分な支援の機能を発揮できるためには、“援助の枠組に関する知識（自分が何を行う必要があるのか）”と、“援助のために必要となる具体的な知識”を常に学んでいく姿勢が必要である。

周産期・新生児医療が目指す“生物的存在として生まれた新生児を社会的存在として育てること”を周産期・新生児医療にかかわるすべての専門職者は究極的な目標において連携をしていく。“社会的な存在として育つ”ためには、当然、そのための人と環境の質が保証されることが大切である。その人と環境とは、ハイリスク児とその母を取り巻く保健・医療・福祉環境、家族環境、地域環境等のすべてである。

子どもの誕生は、家族のライフサイクル上においては、達成しないといけない役割上の課題を新たに抱えるという段階の始まりでもある。その上、子どもの医学的な困難な状況や、社会的な資源が乏しい状況（貧困や未婚妊娠など）にさらされた場合、自分たちが持つ対処のための内的・外的資源だけでは役割遂行が困難になるというリスクは一層高まる。子どもを社会的存在として育てる過程において絶えず起こる状況の変化（例として子どもの障害の顕在化、社会保障の利用期限切れ、第二子出産や父の転勤などの家族環境の変化、子どもの新たな集団生活への参加等）により、家族は生活を営む上での役割を達成することが難しい状況にさらされる。

ハイリスク児と家族への支援は、そのような生活上の困難状況を予防・改善するために、長期にわたり継続的に行われることが必要である。そのためには、生活困難に至らしめる出来事について知り、そのタイミングを予測し的確にアセスメントを行い、予防し改善するための支援を提供できる援助の枠組と手段についての知識が必要となる。

（2）生活困難を来たす生活変化の指標とアセスメント

生活困難をもたらすリスク指標として、大きく分けて①物理的な環境の変化、②物的資源的環境変化、③子どもの身体的・医学的変化、④子どもの心理的・行動的変化、⑤子どもの社会関係的変化、⑥主たる養育者の身体的・医学的変化、⑦主たる養育者の心理的・行動的変化、⑧主たる養育者の社会関係的変化、⑨他者（子どもと養育者にとって養育環境にかかわりがある人）の変化が挙げられる。

子どもと主たる養育者を支援するためには、様々な「他者」がかかわる。医師、看護師、臨床心理士、社会福祉士、保健師、法律家などの専門家だけでなく、インフォーマルなつながりの人々などである。そして様々な社会的資源が動員される。主体的に生活する人は、日常的にそれらを自分自身でコーディネートし生活を営んでいる。しかし、自分自身の対処資源では乗り越えられないような状況に遭遇したり、適切に対処できたと思えない体験が重なったりすると、主体的に生活をコーディネートする自我機能が弱まって役割を遂行できなくなりストレスは増大する。

各分野の専門的な支援者は、生活を営む人が本来の力を取り戻すように、寄り添って支え時には専門的に手当てを行う。ただし、それらはばらばらに行われるのではなく、本来生活する主体者がコーディネートし、自らが望むように利用していくものなのである。それを専門職者の専門的な立場だけで関わると専門職の自己満足となり、全体としての支援は当事者にとって生活のための支援になるとはいえないであろう。

生活困難を来たす生活変化の指標を測りつつ、アセスメントを行うということは、もちろん当事者の真の支援につながるようにしなければ意味がない。そのためには、専門家の視点だけでなく、「何に困っているのか、何が問題なのか、どのような支援が助けになりうるのか」について、当事者とともに調べたり考えたりしていく姿勢が不可欠となる。

(3)ハイリスク児と家族への支援に必要な基礎知識

上記で述べたように、生活を営むためのコーディネート機能は本来生活を営む当事者が発揮していく機能である。保健・医療・福祉等の制度を利用し、その成果を生活に活かし、一人ひとりが自分自身の望ましいと思うような生活を営むというあり方が“あるべき姿”である。しかし、ハイリスク児と家族の場合、その当事者自身が発揮すべきコーディネート機能は、子どもの条件、家族の条件、地域資源の条件、制度的な条件等によりいたるところで障壁にぶつかり、時として当事者の望む形の生活コーディネートのあり方と制度側がその存続や機能を維持しようとして当事者に期待するあり方がかみ合わないことも起こりうる。

NICU 入院児支援コーディネーターは、「何を目指し、何を達成することが望ましい業務であるのか」についてまず、充分認識する必要がある。そして、そのためにどのような知識が必要であるのかを考え、日々研鑽を積む必要がある。

“援助の枠組に関する知識（自分が何を行う必要があるのか)”は、生活支援とは何かに関する知識であり、生活支援の専門領域であるソーシャルワーク（社会福祉実践）理論を理解しておくことが必要である。コーディネートとは辞書的には各部を調整し全体をまとめることであるが、「誰のために、何を目的として調整しまとめるのか」により機能が異なってくる。地域資源であるフォーマルな保健・医療・福祉等の制度やマンパワー、さらにはインフォーマルな資源までも視野に入れ、生活者のためにそれらの資源を動員しさらには開発し、個別のハイリスク児がその救命された生物学的な命が社会的な存在として、社会関係の中で意味あるかけがえのない存在としての価値を発揮できるように育てることを目指す必要がある。その際、当然ハイリスク児を第一義的に育む環境となる養育者と家庭環境に関する支援は重要である。

第２章では、ハイリスク児と家族にかかわる様々な専門職が、支援に必要な基礎知識について詳細に述べている。対象者理解のための知識、置かれている環境理解のための知識、支援のための制度・サービスに関する知識、起こりうる問題に関する知識等多様な知識が実際にそれらを日々使って支援を行っている専門職から提供されている。これらは NICU 入院児支援コーディネーターの知識の引き出しに入れておきすぐ必要なときに取り出して使えるようにしなければならない。

それに加えて日々変化する情報に関しては自らの努力で補っていく必要があることはいうまでもない。

２ 東京都立墨東病院の取り組みより

東京都立墨東病院では、平成 22 年より NICU 入院児支援コーディネーターとして、看護師・ソーシャルワーカー2 職種を 1 名づつ配置し、退院支援に取り組んだ（資料１－Ｐ10 参照）

（１）支援を必要とする NICU 入院児

ア　医学的問題と家族養育力に着目したマトリックス表の作成

支援を必要とする NICU 入院児のイメージを説明するために、マトリックス表を作成した。NICU 等には、在宅移行後も人工呼吸器を装着するような継続した医学的問題を有する重症児から、急性期を過ぎ、軽症もしくは問題がなく退院できる児までが入院している。また、退院後は親が主体となる育児に移行するため、児の医学的問題だけではなく、入院中からの家族の児への関わりなど、養育力を見る視点が重要であると考えられた。

この２つの視点を可視化し、支援の必要性を予測することができないかと考え、医学的問題と家族の養育力に着目したマトリックス表を作成した（図１－１）。

イ　マトリックス表の４つのモデルパターン（Ⅰ～Ⅳモデル）

医学的問題を縦軸に、家族の養育力を横軸に取り、４つのモデルパターン（Ⅰ～Ⅳモデル）を設定した。上位に向かうほど医学的重症度が高く、下位方向で軽症となる。左方は養育力が低く、右に移行するほど養育力は高くなる。

図１－１　医学的問題と家族の養育力に着目したマトリックス表

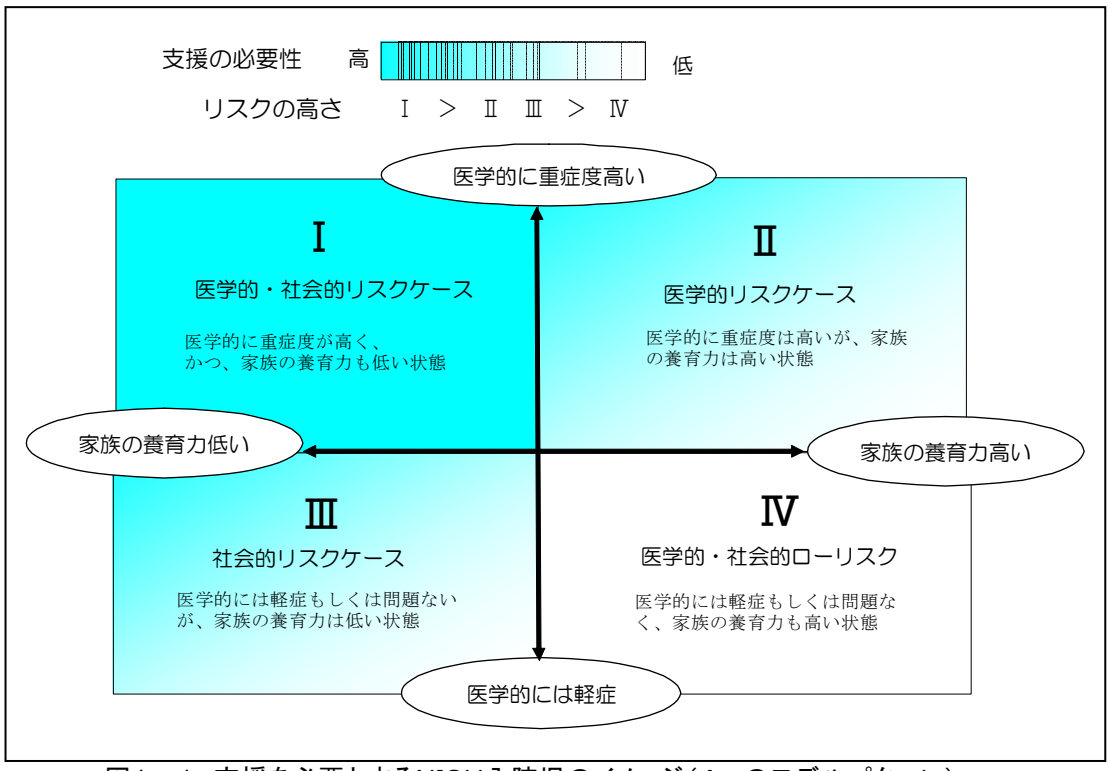


図1－1　支援を必要とするNICU入院児のイメージ（4つのモデルパターン）

（２）NICU 入院児支援コーディネーターの配置と支援

ア　看護師とソーシャルワーカーの 2 職種の配置

支援が必要な NICU 入院児では、医学的問題と社会的問題の両方の課題を見極め、適切な養育環境へ移行することができるような院内の支援体制を構築する取組が必要と考えられた。

具体的には、看護師とソーシャルワーカーの 2 職種のコーディネーターを、周産期母子医療センター内に「NICU 入院児支援コーディネーター」として配置し、それぞれの職種の専門性が発揮され、ともに協働して支援することを目指した。

実際には、NICU・GCU に入院している児の在宅移行について、地域の支援機関と連携した、院内の退院支援における業務システムを構築する取組を実施した。

イ　４つのモデルパターンによる対象の状況とコーディネーターの関わり方

マトリックス表から支援の必要性を予測し、看護師とソーシャルワーカーの 2 職種の NICU 入院児支援コーディネーターが連携を取りながらマネージメントにあたった。

マトリックス表の 4 つのモデルパターンを用いると、児や家族の状況、NICU 入院児支援コーディネーターの支援や役割分担は以下のとおりと考えられた。

Ⅰモデル　医学的・社会的リスク

【児や家族の状況】医学的に重症度が高く、かつ、家族の養育力も低い状態

- 治療や医療機器の操作などの医療ケアが多く、予後不良の場合もある
- 児への愛着形成や育児に関する知識や技術への支援、及び児が安全に生活するための家族をサポートする体制や環境整備が必要な状況である

【コーディネーター】看護師とソーシャルワーカーの両方

- 看護師、ソーシャルワーカーの 2 職種の入院児支援コーディネーターが連携をとってマネージメントする

Ⅱモデル　医学的リスク

【児や家族の状況】医学的に重症度は高いが、家族の養育力は高い状態

- 治療や医療機器の操作などの医療ケアが多く、予後不良の場合もあるが、家族の育児に関する知識や技術、意欲は高く、養育環境が整っている状況である

【コーディネーター】看護師が中心

- 看護師の入院児支援コーディネーターが中心となりマネージメントする

Ⅲモデル　社会的リスク

【児や家族の状況】医学的には軽症もしくは問題ないが、家族の養育力は低い状態

- 児は病状安定、もしくはリスクは顕在化していない
- 児への愛着形成や育児に関する知識や技術への支援、及び児が安全に生活するための家族をサポートする体制や環境整備が必要な状況である

【コーディネーター】ソーシャルワーカーが中心

- ソーシャルワーカーの入院児支援コーディネーターが中心となりマネージメントする

Ⅳモデル　医学的・社会的ローリスク

【児や家族の状況】医学的には軽症もしくは問題なく、家族の養育力も高い状態

- 現段階では、児は病状安定、もしくはリスクは顕在化していない
- 家族の育児に関する知識や技術、意欲は高く、養育環境が整っている状況である

【コーディネーター】無

- コーディネーターが行うマネージメントは必要ないと判断する状況である

（注）ただし、医学的リスクと社会的リスクは混在しながら存在していることへの理解は必要である。例えば胎児虐待といった社会的リスクケースは児が医学的リスクを抱える可能性が高くなり、医学的リスクケースは適切な支援がない状態に置かれれば社会的リスクを抱える可能性が高くなる。つまり適切な支援の有無でリスクは変化しケースは流動的である。それに対応するには、妊娠初期・中期・後期・出産・退院後といった局面をとらえ、2 職種のコーディネーターが連携し各職種の視点から再アセスメントし、家族の変化する生活課題への支援を行いながら「安全な妊娠管理と育児プラン」を構築していくことである。また院内・外の様々な職種や機関が持つ機能や限界を評価し、１つのチームとして有機的に連携しよりよい支援が提供できるよう調整していくこと、社会資源の活用とサービスの新規開拓等もコーディネーターの役割に含まれる。

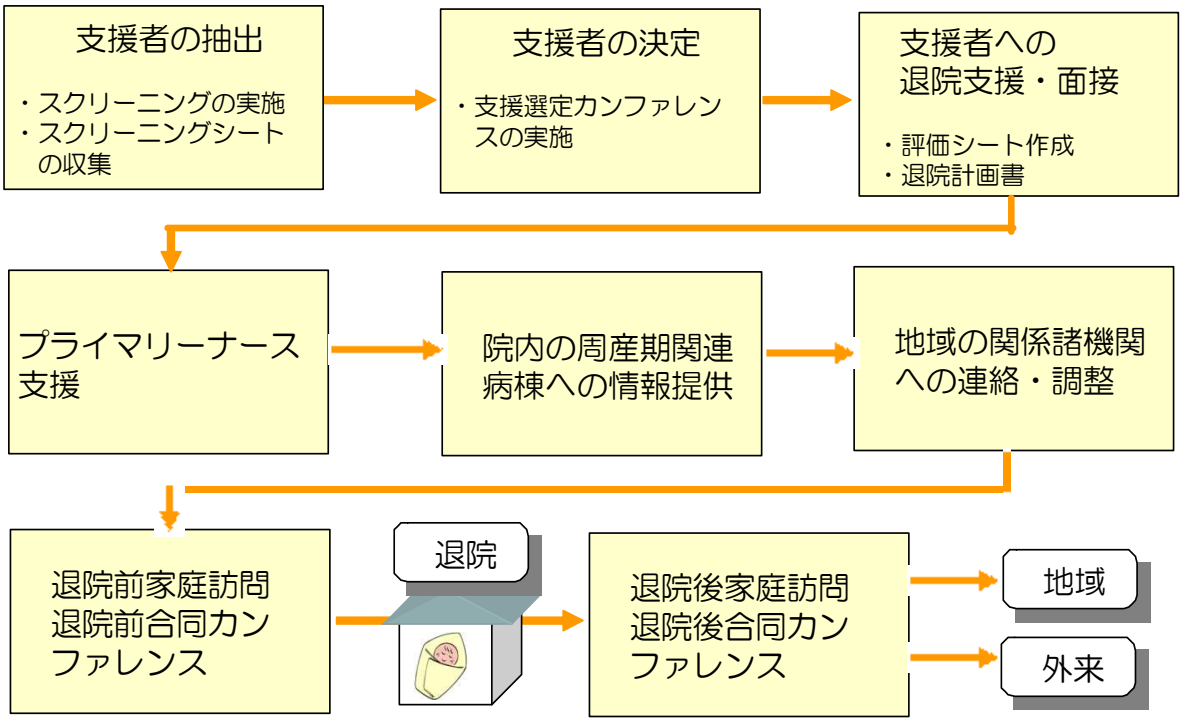
ウ　コーディネーター業務の主な流れ

院内では、まず、産科外来通院時、入院中、母体搬送における妊産婦、NICU 入院児について、スクリーニングシートを用いて支援が必要と考えられる対象者を絞ることからスタートした。

コーディネーターは、院内におけるスクリーニング体制が定着するように調整等を行うとともに、スクリーニング結果を踏まえ「支援選定カンファレンス」を開催した。このカンファレンスで決定した支援者に対して、その後、コーディネーターは関わりを開始する。具体的には、個別面接の実施、退院支援計画の作成や実施評価、プライマリー看護師への支援などを行った。

さらに、院内や地域の関係機関への連絡調整を中心的に担うとともに、院内での在宅移行訓練や、退院前の家庭訪問、カンファレンス等を実施した。退院後も必要に応じて家庭訪問やカンファレンスを行い、継続したフォローを行うなど、退院支援業務の仕組みを作っていった（図１－２）。

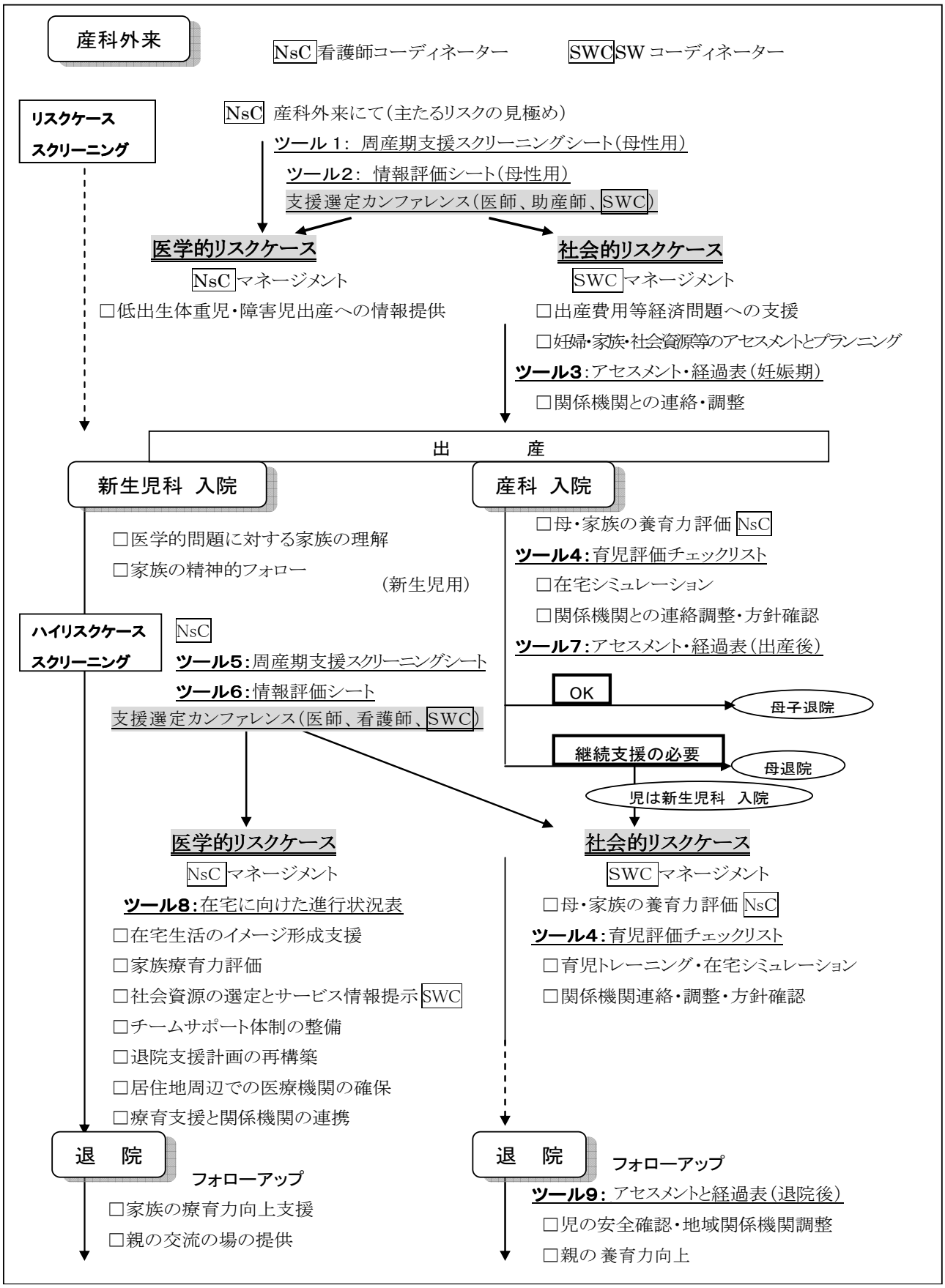
図１－２　NICU 入院児支援コーディネーターの業務の主な流れ



エ　看護師とソーシャルワーカーの２職種間の連携の仕方

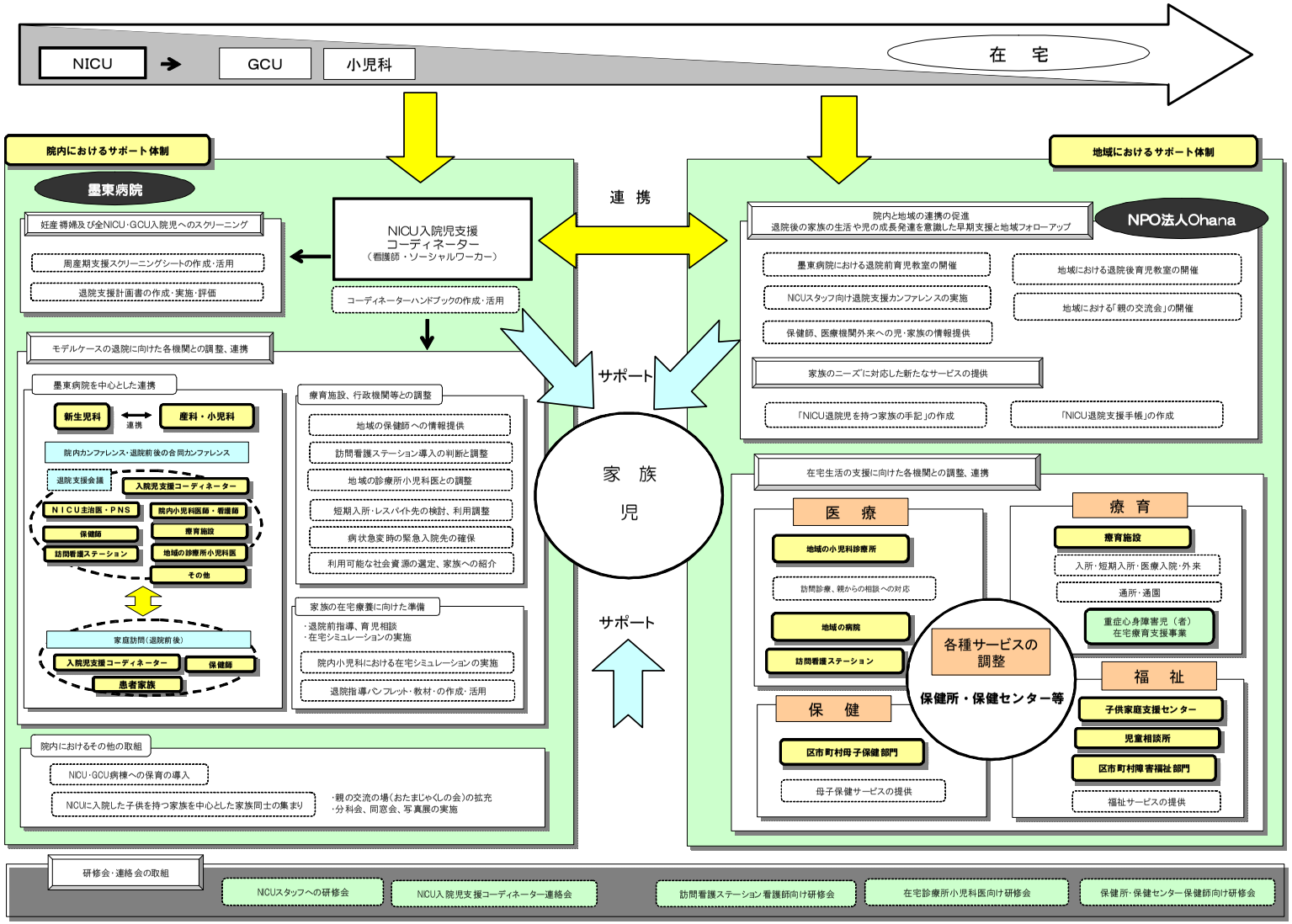
「支援選定カンファレンス」で決定した支援者に対して、主に、「医学的リスクケース」の場合には看護師コーディネーターが、「社会的リスクケース」の場合にはソーシャルワーカーコーディネーターが、支援の中心を担い、退院まで、お互いに協働して動く仕組みを構築した（図１－３）。

図１－３　コーディネーター間の連携フロー図



（出典）墨東病院周産期支援室マニュアル（平成 23 年３月３１日）より

＊図中の「ツール」は、墨東病院オリジナルのチェック表

＊図中の「SW」は「ソーシャルワーカー」の略

資料１　東京都 NICU 退院支援モデル事業の概要（イメージ図）