

Ⅲ 事例から学ぶ

この章では周産期で出会う社会的・医療的リスクのある事例を仮想で作成し、支援の視点やアセスメントに必要なポイントをあげました。あくまでも参考にいただき、援助プロセスや個別性を大切にしてください。

Ⅲ 事例から学ぶ

事例1 社会的ハイリスク：未受診・若年出産

<支援の視点>

◆未受診①

妊婦が健診を受診しないことは胎児に対する虐待、ネグレクトであり、出産・育児についてイメージを持っていないことも多い。そのため、児の養育について支援体制を整える必要がある。

◆若年出産①

10代の若年での出産は、育てられる側から育てる側へ立場が代わり、精神的な未成熟さから親の役割を十分に果たすことができないことがある。また、親権の問題や経済的な基盤が不安定なことがあるため、支援が必要である。

<ポイント①>

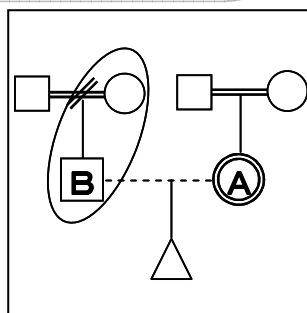
未受診や若年出産などの社会的ハイリスクケースはSWが妊娠時より早期介入する必要がある。しかしこうしたリスクの高いケースほど自ら相談に来る可能性は低い。医療スタッフからSWに依頼が来る院内体制を整備することが重要である。

<家族背景>

Aさんは高校1年生でありBさんは高校の同級生。

Aさんの両親は共働き。

Bさんは母子家庭で、Bさんの母親は働いている。



<経過>

(1) 自宅での出産(墜落分娩)

Aさんはトイレで墜落分娩^②し、Bさんが救急車を要請した。

児は推定在胎週数32~35週での出生と診断され、NICUに入院となった。

産科医師よりSWへ「AさんとBさんは出産のことは親には話せない。2人で育てると言っているがどうしたらいいか。」と相談された。SWより「2人とも親権者になれないので医師としては児の養育についての方向性はAさんの親権者と話をする必要がありますこと^③、しかしAさんの育てたいという気持ちも大事でありAさんのサポートも含めSWが話を聞きたいこと、墜落分娩は虐待にあたるので病院としての対応も必要になること」を話し、医師からAさんへSWの介入の説明とAさんの両親への連絡をお願いした。

<ポイント②>

墜落分娩の場合、その後、病院に搬送されても出生証明書を病院側で記載できないことがある。出生届を提出する為に必要な書類は自治体によって異なるので、役所への問い合わせを必要とする。

<ポイント③>

婚姻していない男女間の児の親権者は原則として母親である。母親が未成年の場合母親の親権者が子どもの親権者となる(親権代行)。親権者でなくても実母に児の養育について意向を確認する。

なお、親権者は児の父親である男性に対し認知請求や養育費の請求をすることができる。また未成年者であっても婚姻している場合に成年に達したものとみなされ(成年擬制)、親権を持つことができる。

(2) SWがAさん・Bさんと面接

SWとの面接をAさんは希望し、Bさんの同席も望んだため、SWはAさんとBさんと面接した。怒られると思って妊娠を親に言い出せなかったこと、できればAさんもBさんも高校を退学し二人で協力して児を育てたいこと、生活費はBさんがアルバイトをして稼ぐと言った。SWは、2人の気持ちはわかるが今の段階では児の親権者はAさんの親権者となるのでAさんの両親と連絡をとらざるを得ないこと、子どもが安全に育っていくことを親として考えるなら2人の生活の安定がまず必要であり、将来的なプランも必要なことを話すと、2人とも納得した。

(3) SW が A さんの親権者と面接

医師は母親へ、「児は在胎週数が推定 32 週~35 週^④である」と説明し、障害の可能性についても話した。

その後、SW は A さんの母親と面接をした。A さんの母親は、A さんの妊娠に気付かず、A さんが出産したことに非常にショックを受け、混乱していると話した。SW は、「児の養育について母親がこの場で決断するのではなく、A さんの父親も含めて相談したいので、次回は A さんの母親と父親、二人揃って来院して欲しい」と伝えた。

数日後、A さんの母親と父親が揃って来院した。^⑤A さんの母親は B さんの母親と児の養育について相談したが、B さんの母親からは、現在の生活を維持していくのが精一杯で、育児・経済的な協力共に断られたとのこと。A さんの父親は B さん一家を許せない気持ちであるが、A さんの母親は児を非常にかわいいと思っており、A さんが自分で児を育てることを強く希望しているので、A さんの復学と育児を両立するために仕事を退職し、自宅で児を養育していくことに決めたと話した。A さんの父親も A さんの母親の意見に同意した。

<ポイント④>

32 週未満の出生であると肺機能が未熟であるため、呼吸障害を起こす可能性がある。

<ポイント⑤>

このケースでは A さんの親権者である父親と母親が揃って面接に来院している。児の親権者となり、今後、児と同居することになるので、二人揃って児の意向確認をすることが望ましい。

(4) 退院

児は幸い入院後の経過は良好で、体重も順調に増加し退院ができるくらいになった。自宅での墜落分娩であり出生証明書を病院が記載できなかった^⑥ことから、児の戸籍が作成されるまで数カ月間要したが、出産育児一時金は利用できた。SW は A さんと A さんの母親が育児手技を習得し、愛着もあるため児が自宅へ帰ることは問題ないと判断し医師、看護師と確認し退院を決めた。退院後は A さんと、A さんの母親の了解のもと、保健師と子ども家庭支援センターへ自宅での育児のフォローを依頼した。

<ポイント⑥>

出生証明書がないと児の戸籍ができるまで数カ月間要するが、健康保険や養育医療などは相談することで利用できることもある。

(5) その後

児の退院後、A さんは母親と協力して児の育児をし、高校にも通学していると、保健師や子ども家庭支援センターから報告があり、SW はケース終了とした。

ところが 1 年半後、産科病棟より A さんが再度飛び込み出産したと SW へ連絡があった^⑦子ども家庭支援センターへ連絡すると児が 3 ヶ月になり訪問を終了したとのこと。保健師に問い合わせをすると、A さんは児の退院より 3 ヶ月すぎた頃から、夜間に出歩き自宅に帰らず、児の予防接種や健診は A さんの母親が行っていたとの情報であった。今回のパートナーは B さんではなく別のパートナーで、A さんの母親は上の子を養子縁組し 2 人目は育てられないと話した。

<ポイント⑦>

こうしたケースは退院で終了ではなく、児の発達と共に生活課題も変化していくため継続的な支援の視点、1~2 年後を見据えたアセスメントとプランニングが必要である。

事例2 社会的ハイリスク：外国籍

<支援の視点>

◆外国籍

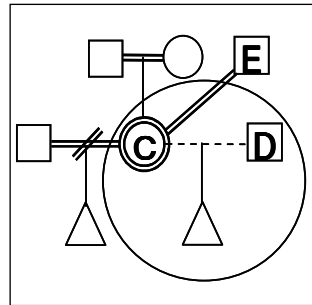
外国籍の方は在留資格により利用できる社会制度に違いがある。在留資格があり、外国人登録をしていると国民健康保険の加入など社会的サービスが利用できることが多い。しかし、オーバーステイの場合、社会的サービスが利用できないことが多く、生活基盤が不安定となることがあるため、児の国籍、在留資格取得など子どもの人権を守る支援が必要である。また、言語の理解が難しい場合、通訳などの調整を要する。^①

<ポイント①>

医療通訳サービス
AMDAを利用することもできる。

<家族背景>

Cさんは日本人の男性Eさんと結婚しているが、Eさんは2年前から行方不明。
Cさんの現在のパートナーは日本人のDさん（独身）。
Cさんには母国人との間に第1子がおり、
Cさんの両親が母国で養育中。



<ポイント②>

妊娠の早い段階からSWが関わる意義は大きい。外国籍の場合、戸籍がどのような状況となっているか確認する必要がある。

<経過>

(1) SWがCさんとパートナーのDさんと面接

外国籍のCさんは医師より妊娠7週との診断を受けた。外来助産師よりSWへCさんが外国籍のため、医療費や養育などについて相談依頼があった。^②

SWはCさんと一緒に来院していたパートナーDさんと面接をした。

Cさんは日本語で「偽造パスポートで日本に入国した。日本人のEさんと結婚しているが、2年前より行方不明となっている。今回で出産は2回目で、第1子は母国人との子どもで現在7歳であり両親が育てている。育児は経験があるから心配していない。」と話した。パートナーDさんは「経済的には安定している。胎児を認知し、Cさんと一緒に児を養育していく。」と話した。

SWは、Cさんに在留資格がないため健康保険に加入できず、出産育児一時金の利用ができないので、出産費用は正常分娩で50万円程度要することを説明したところ、Dさんはその程度の金額は負担可能であると言った。SWは国籍や在留資格については、非常に煩雑な手続きと時間を要するが、弁護士や行政書士が取得のサポートしてくれることを説明^{③④}し、外国人の支援をしているNPOについても情報提供をした。

<ポイント③>

Cさんと児では在留資格の取り方が異なる。国籍や在留資格についてSWでは対応困難な場合は、専門家である弁護士や行政書士のサポートが必要である。国籍の取得・健康保険の加入には年単位の時間を要する。そのため、長期的に行政書士や外国人支援をしているNPOの見守りが必要である。

<ポイント④>

C子は現在E男と婚姻関係があるため胎児認知を申請しても不受理となるが申請しておくも有効。また現状ではCさんとDさんの子としての出生届はできないが、母が外国籍の場合は住所地の戸籍課に相談する。実際にどのような手続きが必要かは基礎知識参照。

(2)34週で出産

Cさんは妊娠34週で出産し、児は1800gの低出生体重児であったため、NICUに入院となった。Cさんは児の医療費が心配となり、医事課に確認したところ健康保険が利用できない^⑤と医療費が全て自己負担となり、100万円以上の請求になると言われた。そのため、CさんはSWに医療費の相談をした。SWが役所に児の事情を説明したところ、養育医療が利用できることとなり、^⑥ Cさんは手続きをしっかりとすれば、困ったときに制度により助けてもらえることを学んだ。

<ポイント⑤>
健診や予防接種なども自己負担となる。

<ポイント⑥>
戸籍がなくても養育医療は役所に相談することで利用できることがある。

(3)その後

児は3歳となり、CさんとDさんは二人で児の養育を協力しながらしていた。国籍と在留資格については取得できておらず、国民健康保険にも加入できていない。そのため、先日の3歳児健診は自費で受けた。

事例3 社会的ハイリスク：精神障害・知的障害

<支援の視点>

◆障害者①

障害により日常生活に支援が必要な場合や、支援は必要ないが状況の変化に柔軟に対応することが難しい場合がある。元の障害に加え、育児が加わることより今までの生活パターンが崩れ、病気が悪化する可能性を踏まえての支援が必要である。

◆精神障害①

病気によって対応が異なるため、精神科医師と分娩機関で妊娠中のフォローについて、また育児をどうするかなど情報交換し連携していくことが大切である。分娩機関に精神科がある場合は必要に応じて、分娩機関の精神科を受診するなどの対応をすることが望ましいが、分娩病院に精神科がなくても、精神科医療機関と連携を取りあうことで対応が可能となるケースも多い。

◆知的障害①

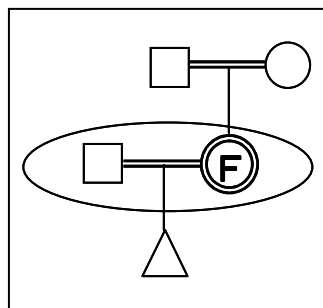
母親のコミュニケーションやソーシャルスキルを把握するのに時間を要する。信頼関係の構築が不可欠であり、早期より支援を行うことが大切である。

<ポイント①>

母子両方の側面からの支援が必要である。妊娠中はセルフマネジメント力と、家族のサポート力を中心にアセスメントしプランニングを行う。出産後は母の育児力と家族のサポート力を育児トレーニングを行いながらアセスメントし、地域のサポート力とあわせて最終的なプランニングを行う。サポートを受けることに抵抗があるケースもあり、妊娠初期から信頼関係をつくっていくこととすぐに結論づけずプロセスを踏んでいくことが大切である。

<家族背景>

Fさんは知的障害と躁鬱病、
夫は知的障害がある。
夫婦ともに就労が困難なため生活保護を受給。
Fさん夫妻の両親ともにサポート困難。



<ポイント②>

生活保護者が分娩する場合、入院助産の指定医療機関での対応となる。

<経過>

(1)受診途絶える

FさんはG産科クリニックで妊娠23週と診断された。

役所の生活保護ケースワーカー（CW）が入院助産の指定医療機関であるH病院へ問い合わせし、FさんはH病院で妊婦健診を受診し、出産することとなった。② Fさんは初回のH病院受診時にI病院の精神科を受診し、内服をしている③と産婦人科医師へ話したところ、医師は次回受診時までI病院から診療情報提供書をもたらしてくれるように伝えた。

Fさんはその後、妊婦健診を受診しなくなったため、産婦人科外来看護師が心配し、SWへ依頼があった。SWは生活保護CWへFさんが妊婦健診を受診していないので、CWに自宅訪問し様子を確認して欲しいと伝えた。後日、CWより自宅訪問したところFさんは「赤ちゃんへの影響が心配だから精神科の薬は飲まないことに決めた。出産するまで精神科には受診しない。そのため、診療情報提供書をI病院からもっていないのでH病院には受診できなかった。」と言っているとの連絡が来た。CWはFさんの精神科を受診しないという意思が強くどうしたらよいか困っていると話した。SWはCWへFさんの精神科病院への通院を保健師に相談④することを提案した。

<ポイント③>

精神科かかりつけ医がある場合は「精神科の病気と妊娠を両方安全にサポートしていくためには連携が必要であること」を理解してもらうよう努力する。こうした診療や育児の安全に対しての条件提示は医師が行い、そこで明らかになった課題を両親が自ら解決していけるよう支援する役割をSWが担う。

<ポイント④>

自治体により関係機関の役割が異なるので、それぞれの役割を把握し、連携する必要がある。

(2) 地域関係機関とのカンファレンス

Fさんは保健師の同行により、I病院から診療情報提供書をもらい、H病院を受診した。精神科はI病院に通院継続することとなった。SWはFさんと保健師同席の上で面接をした。SWはFさんへ「精神科に通院し、内服継続することで安心して出産することができる。元気な赤ちゃんを産むためにH病院とI病院に通院して欲しい。」と言った。Fさんに児の養育意向を確認すると「夫と一緒に育てていきたい。」と言った。出産間近なので、地域でFさんの子育てを支援してくれる地域の関係機関に病院に集まってもらいFさんと顔合わせをする機会を設ける^⑤ことをSWが提案したところ、Fさんは了承した。

地域の関係機関のカンファレンスには、Fさんと夫、生活保護CW、子ども家庭支援センター、保健師が参加した。まずは関係機関のみで、Fさん一家について情報共有し、Fさんと夫がカンファレンスに加わった。子ども家庭支援センターと保健師はFさんへ「地域で育児のサポートを行っている。元気な赤ちゃんを出産するために、健診は受診して欲しい。」と伝えた。Fさんは「赤ちゃんのために健診には行きたい。赤ちゃんは夫と協力しながら自分たちで育てていきたい。」と話した。その後、Fさんは保健師が同行し、H病院とI病院に通院できた。

<ポイント⑤>

両親の意向を尊重し、信頼関係をベースに、こちらの心配をきちんと伝えていくことが大切である。育児困難で施設が適切と思われるケースでも、両親が施設入所を同意していない限り、児童相談所が職権保護することは難しいと判断されることが多い。リスクが高いと思われるケースは妊娠中から地域関係機関と連絡をとり、カンファレンスを行うことが有効である。可能であれば両親も一緒に地域関係機関とサポート体制を確認する。

(3) 出産

Fさんは妊娠40週で3100gの男児を出産し、SWはFさんが出産したことを関係機関に連絡した。Fさんは出産後、落ち着きのなさや不眠がありH病院の精神科医師の診察を受けた。

保健師と生活保護CWがFさんの面会に来院し、改めて養育の意向を確認すると、Fさんは「夫と一緒に育てたい。」と答えた。児に黄疸の症状があったため、児はNICUへ入院したが、数日で退院可能となった。Fさんが自宅で児を養育することを希望したため、看護師が育児手技の指導をし、それを踏まえてFさんと夫と病院スタッフで児の養育について話し合いをする機会を設けた。精神科医師より「体を休める必要があり、24時間育児をすることは非常に負担である。夜の授乳がなくなるまで自宅で養育することは難しい。」と説明があった。看護師から育児手技の習得状況について育児評価チェックリストをFさんに見せながら説明があり、多くの項目で習得ができていない状況であった。Fさんに養育の意向確認をすると「夜に薬を飲むと体が楽。薬を飲むと夜起きられないので、精神科の先生が言う通り夜間に授乳があると家で赤ちゃんを育てることはできないと思う。育児の練習ももっとゆっくり時間をかけしていきたい」^⑥と言った。

Fさん夫妻、産科医師、精神科医師、看護師、SW、CW、保健師、子ども家庭支援センター、児童相談所職員にて話し合いを行い、児はH病院退院後、一旦乳児院に入所し、在宅を目指すことになった。

<ポイント⑥>

病院において育児練習のため、入院期間を月単位で延長することには限界があると同時に病院では子どもの発達保障が難しい。乳児院ではファミリーソーシャルワーカーを置き、面会時に育児トレーニングや外出・外泊を繰り返し在宅支援を行っている施設もある。

病院から直接自宅に帰る場合は、子ども家庭支援センターや保健師訪問の他、育児支援ヘルパー・自立支援ヘルパー・訪問看護・保育園の利用等検討し親の育児負担軽減と親子のSOSをキャッチできるような見守り体制を整える。

今後地域で育児トレーニングやサポートをする母子ショートや母子サービスを行える機関の増加が望まれる。

(4) その後

Fさん夫婦はともに乳児院へ児の面会に定期的に通った。育児手技について乳児院のスタッフより指導を受け、外出や外泊を繰り返し、児が2歳になったときにFさん夫妻は児を自宅で養育することとなった。

事例4 社会的ハイリスク：DV

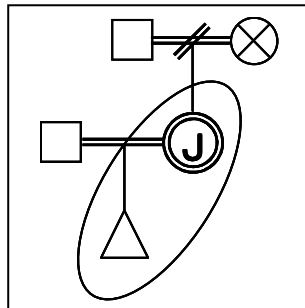
<支援の視点>

◆DV

周産期にDVが発見されることは稀ではない。全てのケースにDVがある可能性を考慮し関わる必要がある。被害者はDVであると気が付いていないことも多く、最初の面接が非常に大切である。男性側からのコントロールがあり、物事をすぐに決められないなどの特性をSWが基礎知識として予め学ぶことが不可欠である。DVチェックリストなどを用い支援が必要なケースをスクリーニングする対応も有用である。

<家族背景>

Jさんは夫と二人暮らし。Jさんの母親は他界。



<経過>

(1) 医師からSWへ依頼

Jさんは妊娠の兆候があったため病院を受診した。医師が内診の際、Jさんの足に痣があることに気が付き、SWへDVの可能性があると依頼があった。

SWはJさんと面接をし、Jさんは「夫より結婚直後から、足を蹴る、物を投げるなどの行為が頻繁にある。私は、母子家庭で育っており、母から幼少時に暴力を受けていたことがある。その母は5年前に他界し、夫と2年前に結婚し、温かい家庭に憧れていたため、早く子どもが欲しいと思っていた。」と話した。SWは夫からの行為は配偶者暴力であり、Jさんや胎児の命の危険性があり、配偶者暴力からの安全確保をする手段として、身の危険を感じる時には警察通報が必要であることや、安全に過ごすためシェルターに避難する方法があり、婦人相談員について情報提供した。①

Jさんは、「今すぐには決断ができないが、夫との離婚や、出産をするかも含めて考える」と話し、この日の面接は終了した。

(2) 気持ちの揺れ

次の受診時、Jさんは夫と一緒に来院していたため、SWは夫がいないところでJさんと面接した。Jさんは「前回SWより、夫からの暴力により命の危険性があると聞き、非常に恐ろしくなって一度は夫と別れ、人工妊娠中絶する決意をして友人宅に行った。その後、夫から電話があり、もう暴力は二度としないので、自宅に戻ってきて欲しいと言われ、自宅に帰

<ポイント①>

SWは単に情報提供だけではなく、DVの被害者に対し、今後のことを一緒に考えられるということを伝えることが大切である。本人の了解がとれば、市区町村の配偶者暴力相談窓口、保健師等と連携する。

った。自宅に戻った後、夫からの暴力はないので、経済力のある夫と二人で子を育てていく。」と話した。

その次の受診時に、産婦人科外来の看護師より J さんが SW との面接を希望しているとの連絡が入った。J さんは、「また夫からの暴力があり、離婚や人工妊娠中絶も含め考えていきたい。」と話した。その後も J さんは受診の際に SW と面接し、面接の度に夫と離婚し人工妊娠中絶する、夫と児を一緒に育てていくと意向が変わり②、妊娠 22 週③を迎えた。

<ポイント②>

DV がある中で妊娠は夫との関係で気持ちの揺らぎがあるのは当然であり、本人がパワーを取り戻し自分で判断していける支援の継続とその都度妊娠継続の意向確認をする。

(3) 出産・退院

J さんは妊娠 28 週で出産し、児はNICUへ入院となったため、J さんは児より先に退院した。児の養育について J さんに確認すると、自分で育てるという意向であったが、一人で育てるのか夫とともに育てるのか明確には決まらなかった。

児の入院中に自宅退院にあたって育児宿泊シミュレーションを行った④ところ、問題なく行えた。地域の関係機関でカンファレンスを行い、夫から暴力があるため、非常にリスクはあるが、J さんは自宅へ児を連れて帰りたいという意向であり、育児手技は問題がなかったため、児を自宅退院せざるを得ないという結論となった。

退院にあたり SW は地域で安全に児を育てるため、地域の関係機関に自宅訪問と、病院にも新生児外来や母乳ケア外来に頻繁に受診してもらうこととした。⑤

<ポイント③>

日本においては、妊婦の申し出により人工妊娠中絶が可能なのは妊娠 21 週 6 日までである。

<ポイント④>

病院での育児宿泊シミュレーションは一定の評価にはなるが、短期間であり自宅環境とは違い十分な評価を行うことは難しい。リスクが高いと考えられる場合は地域でのフォロー体制を整える。

(4) その後

保健師と子ども家庭支援センターで J さんと児の見守りプランを作り訪問を継続し、児は 6 か月で保育園へ入園した。⑥夫から J さんへの DV は継続していたため、定期的に保健師や子ども家庭支援センターが訪問や電話をし、見守りを継続していた。児が 1 歳半のときに、夫が児に手を出したため、J さんはすぐに保健師へ「子どもに暴力する夫とは一緒に暮らせない。」と連絡⑦し、J さんと児は母子生活支援施設に入所した。

<ポイント⑤>

病院の役割は通常、母と児の 1 ヶ月健診までだが、地域資源との関係でフォロー継続を検討。

<ポイント⑥>

児童相談所や子ども家庭支援センターが家庭状況に関して保育園入所にあたり意見書を記載することで、配慮されることがある。

<ポイント⑦>

J さんと関係機関で信頼関係が構築できていた為、いざというときに J さんは SOS が発信できた。

事例5 医学的ハイリスク：障害受容、心理的援助

<支援の視点>

◆児の受容

母親は妊娠（胎児期）から現在においてプラスの気持ちとマイナスの気持ちと同時に存在する。児の障害や母の疾患・成育歴等でマイナスの気持ちが大きくなる場合もあり心は常に揺れ動いている。援助者は誘導的ではなく母の気持ちをサポートし母子の相互の関係性ができていくように見守っていくことが重要。

◆チームアプローチの重要性

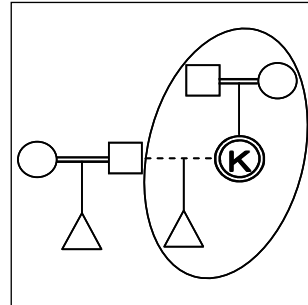
出産から始まる児の新生児期は、母親が様々な困難に出会うことが多い時期とされる。

母親・家族がこの時期直面する困難を乗り越えてゆくために、心理的サポートは欠かせない。精神科医、臨床心理士等による専門家によるものだけでなく、日々継続的に接する医師や看護師等、それぞれの職種が専門家としての視点や基準を保ちながら、有機的に連携をし、支持的な関わりをしていくことが効果的な援助につながると考える。

<家族背景>

Kさんは33歳。18歳で実家を出て就職のため上京。派遣で仕事をしてきたが適応障害で5年前から精神科クリニック通院。途中長期療養が必要なため、退職をし生活保護を受給しながら単身独居。

今回が初産で過去に2回流産（1回目は自然流産、2回目は人工中絶）の経験あり。児の父にはすでに妻子がおり、今回の妊娠のことは知っているが養育の意思はなく、認知等も行わないことで話がついている。



(1) 経過

Kさんは、妊娠30週まで地元のクリニックに妊婦健診で通院。通院中羊水過少、IUGR傾向、多発奇形が指摘され精査のため大学病院で羊水検査等施行したところ、外表や内臓でいくつかの奇形が認められ、18トリソミーと診断。母体のハイリスク及び入院助産利用目的で37週でL病院に母体搬送。外来初診時の助産指導内容から産後協力者不在、胎児の受け入れ拒否の言動等のリスク因子があげられたため産科病棟看護長からSWに養育環境フォロー依頼があった。

<ポイント>

産科外来では、妊婦健診の初期・中期・後期に助産師による妊娠継続・出産に向けての指導を行っているところが多く、養育環境を含め何らかのリスクがある場合は早期介入を行っているのが現状。

(2) SW がKさんと面接

SWがKさんと初回面接。話を始めると止まることなく話し続けている。ひと月前に大学病院に行き、羊水検査をして初めて子どもに障害が残るかもしれないと言われショックを受けた。2回の流産で子どもはできないと思っていたが今回の妊娠でシングルマザーで頑張るって育てようって決心した。「もっと早く障害がわかっていたら子どもは放棄してました。どうしてももっと早く検査をしてくれなかったのでしょうか。」たとえ、出産しても自分が児に手をかけるのではないかと不安にかられることがあり、最近不安だらけで不眠。今回の妊娠については実家の両親にも伝えてはみたが、一切サポートはしないと言われている。その実父からは児の養育を放棄したら実父自身に何か影響があるのかを聞いてきてほしいと言われ傷ついた。その反面自身も児の養育放棄をすることばかりに考えがいつてしまって自分を情けなく思っていることが語られた。SWはまだKさんが児のことで心が揺れるのは無理のないこと、苦悩を抱えながらもよくここまでたどり着いて来られたこと、子どものことはKさんにとってとても大切なことでありすぐに決める必要はないのではないかとということ、今後のことは一緒に考えていきましょうと伝えた。Kさんは涙をぬぐいながら黙ったまま、ときおりうなづく場面が見られた。SWは、面談後、Kさんが不眠でありすでに疲弊していること、適応障害の既往もあることから翌日からの入院を控え、SWから心理士にその旨を情報提供。心理士②の判断でKさんに関わることとなった。

<ポイント②>

心理士は単に依頼を受けてケアを行なうのではなく、対象はNICUのすべての家族といえる。普段からNICUで家族のこころの声に耳を傾け信頼関係を築き寄り添うことが実践されている。

(3) 心理士との面談

入院後、面接室でKさんと面接。病棟では普通にふるまっているが本当は混乱しており気持ちが不安定。スタッフに心配されると負い目を感じてしまうが、かといって放っておかれるのも不安と涙されている。家に帰ってひとりでこもって思い切り泣きたい。今はお腹に子どもがいるので何もしないと思うが、産後自分がどうなるかと思うといてもたってもいられない。産後は神経科のクリニックに受診しようかと考えていると。心理士より病棟側で何かできることはあるか尋ねるが、ここで話したことは医師や看護師には言わないでほしいとのこと。心理士は、Kさんがとてもアンビバレントな状態で自分をコントロールしている。Kさんの頑張りたいという思いを尊重しつつ、さりげなくサポートする必要性をスタッフ間で共有した。

<ポイント③>

罪責感の問題は、これまでの不妊、早産や流産、妊娠を拒否したことや望まない妊娠、特に人工中絶しようとしたことがあったりすることにより増強される。

(4) Kさん出産から退院まで～母と子の出会い～

40週5日で予定帝王切開で児を出産。Kさんの希望で分娩室での児との対面はなされなかった。児は、出生時1,900g台の低出生体重児。呼吸状態不良で人工呼吸器装着。いくつかの外表・内臓奇形があり、NICUで管理入院。退院時に経管栄養管理、在宅酸素、夜間BiPaP、緊急時に備えてマスクバックが必要な状態。

日齢1：新生児科医師より分娩棟にてKさんに児の病状説明。Kさんの表情は硬く、無表情、児についての質問は聞かれなかった。児に会いに行くかの新生児科看護師の問いに、「赤ちゃんに会う自信がない。入院中会わなくてもいいんでしょうか？」「自分で育てないとしたら赤ちゃんはどうなるんですか？親がいない子でも大丈夫なんですか？」と。医師が「もし、顔が見られなくても自分で育てなくても赤ちゃんとの関係が切れるわけではなく、赤ちゃんにとっての判断は母がしなければならない」ことを伝えると、怒ったような表情で「赤ちゃんから自分の存在を消したいです。」と言って退室。病棟では、看護師に「会いたいと思うときもあるし、会いたくないと思うこともある。」と話している。

<ポイント④>

周産期の現場では「早期の母子愛着の形成」が優先課題とされがちであり、その達成に向けてのスタッフの声かけが母親にとってつらい体験となることもある。ときには「待つ」姿勢で母と家族が面会の場を居心地の良い場所として子に向き合えるような接し方が必要となる。

日齢2：Kさんは、朝から体を拭いてパジャマも着替えている。「今日なら行けそうです。SWの人も一緒に行けますか？」⑤NICUにて初回面会。産科看護師同行、SW同席。児を目の前にしてショックで座り込み涙があふれる。新生児科医師からや看護師からの説明あり。看護師がタッチングをすすめると自ら足と手を指先で触る。面会后産科看護師には「人形みたいだった。冷たくはないけど、触っても反応がなかった。」とやや無表情。

<ポイント⑤>

初回面会と児へのタッチングについての自己決定ができたことはKさんが母としての力をつけていくための大きな一歩として評価できると思われる。

日齢3：面会でタッチング。産科看護師同行。搾母乳持参。声かけはないが児をみつめる。児への思いは聞かれなかったが、「わたしにできるかな、でも頑張ろう。」と搾乳については意欲的な様子。

日齢4：面会あり。搾母乳持参。スタッフが促すことなく児に触れ頭を撫でている。看護師から母の体調を伺うと笑顔がみられるが、児のことについては「こんないろいろな管につながれて、震えさせられてかわいそう。自分の意思でも動けないし。生かされている感じです。今でもこんなに障害があるのに、これから生きて行けるかもわからないし。もう頑張らなくていいよ。楽にしてあげたいなって思っちゃいます。できればチューブとかも全部取ってほしい。でも、そんな事できないこともわかっています。」⑥と涙を流しながら話す。その後も「私が退院のときにこのこのまま連れて帰りたいです。それで、そのまま……ってなってもそれは仕方がないと思うし、一緒にいられるということだし……。これって母親のエゴですよ。おかしいって思いますよね。母親の権利ってどこまであるんですかね？でも赤ちゃんにも人権があるし、こんなことを言ったらダメだと言われることはわかっているんですが……。」

<ポイント⑥>

日本の文化が「子どもはかわいい、親は子を見ると愛情がわく」というように教えているので、母親は自分の問題を明らかにすることが困難となり余計につらい思いを抱えることになる。

(看護師、ここまで黙って傾聴)看護師は、子どものことを考えての結論だし、一緒にいたいという気持ちはおかしいとは思わない。親の権利は難しい問題で、我々もいつも悩んでいる問題。帰ることが困難であるとわかったうえでも連れて帰りたいという気持ちがあるの

であれば、主治医と話し合ってもらいお互い納得できる形で結論を出せればとKさんに伝えた。Kさんはすっきりした表情で退室された。その後の心理士との面談でも同様の話がKさんより語られ、さらに施設に子どもを預けようかとも考えているとの発言があった。

日齢5：面会。前日と同様の発言だが比較的落ち着いている。「退院したら遠いからなかなか来られないし。明日には名前を決めて、ここに（ネームカード）名前を書いてあげたい。」と言われるが、産科看護師には「面会に行くと赤ちゃんがかわいそうで。看護師さんには早く名前を決めてと言われて辛くなります。だから、夜の面会には行けなくて。」と話す。

日齢6：Kさんより児の名前がついたと報告がある。主治医より児についての病状説明。⑦ Kさんは絞り出すように「先生、赤ちゃんのいいところってあるんですか？悪いところばかりで……。連れて帰りたいです。私のそばで見たいです。亡くなるとしても私の胸の中で看取りたいです、母親が治療をやめてほしいといってもだめですか？」と泣きながら訴える。主治医が、児は現時点で快方に向かいつつあるのでそれは難しいことを説明すると、Kさんより児の奇形や正常な点についての具体的な確認をされ「わかりました。よろしくお願いします。」と頭を下げられた。病状説明後、心理士と面談。自分が退院したら出生届け等の手続きをして、施設入所の相談に行くと言う。その一方で、児を見てしまうとかわいそうに思って連れて帰りたくなってしまった。連れて帰ったらしてはいけないことをしてしまうので、主治医に連れて帰れないと言ってもらってよかったとも話す。

日齢7：面会。名前はつけたものの児に語りかけるという行動はみられず。

日齢8：面会。「動いている、何か生きてるって感じがする。眼開いた、瞬きした、手足が動いた、すごく嬉しい。」と笑顔で話される。児に対しても「ママだよ、わかる？Mちゃん聞こえる？」と話しかけている。児も母の言葉に反応するかのような動きが見られたと看護師。よだれを拭いたり、言葉がけが多く聞かれるようになった。「明日退院だから絶対夜も来るね。おっぱい持ってくる。Mちゃんがおっぱい飲んでくれるのがわかると絞りがいいがある。家に帰ってもたっぷりミルクもってくるからね。」初めて自発的に次の面会予約を入れる。

日齢9：Kさん自宅退院。MちゃんはNICU 継続入院。

<ポイント⑦>

医療スタッフは、異常を説明する場合には正常な点を強調する。絵やモデルを用いてできる限り話合いの内容を具体的なものとする。子どもを受入れられるようにするよりも、子どもに対して現実的で肯定的な感情を形づくられるように接していくことが必要。

(5) 母子愛着の形成、児の受容へ

Kさんは退院後も積極的に面会を継続。育児指導にも慣れ愛着形成ができてきた。生後1か月半で、染色体異常の確定診断がおりたことを知ると、「やっぱり。」と逆にほっとしたような表情がみられた。その後、NICUからGCUへ、クベースからコット移床。移床後は沐浴、リハビリ開始。GCUに移ったことでKさん自身が担当看護師や周囲の状況の変化に適応しきれず、看護師が、声をかけてくれないのは子どもに奇形があるからではないか、こんな子を産んだ自分のことを嫌っているから。また、面会に来ている他家族がいつもMちゃんのことを覗きにきていて視線がすごく気になって辛いといった不安・焦りを訴えられたが、スタッフのこまめな声かけにより訴えも少なくなっていた。また、Kさんも自ら児の疾患に関する情報を調べており、時折在宅への不安も聞かれたが、病状説明の際には真剣にメモをするようになり、次第に同じ疾患をもった児や家族について知りたいという希望があげられるようになった。⑧退院に向けて母とも相談しながら半日保育等の訓練も行った。退院前には地域関係者との合同カンファレンスも開催。すでに大半の担当者が母と病院とのコンタクトをとっていたため母の表情は落ち着いているように見受けられた。退院先は当初、在宅となっていたが療育の体験、同じ疾患を持った児、家族と会ってみたいという母の希望もありMちゃんは病院から、N療育センターに母子入所し自宅退院となった。

<ポイント⑧>

「リゾート・ペアレント」との出会い：経験を分かち合い、子どもへの対応や発達について助言を与えることができる親たち。新たに障害児の親となった者にとって真の援助者となりうる存在。(困難な状況であっても乗り越えられるということを示す生きた証として存在)

(6) その後

Mちゃんは、週3回(リハビリ含む)の訪問看護、短期入所を利用し、不安定ながらも自宅でKさんとともに穏やかに日々を過ごすことができ、外来受診時はMちゃんをバギーに乗せて新生児科を訪問し、成長した我が子の姿を病棟スタッフとともに喜び合う姿が印象的であった。1年後、状態も安定し近くの総合病院に転院。総合病院のSWとも連携しフォロー継続のための情報提供を行った。それから半年後のある日、KさんからSWに連絡がありMちゃんが亡くなったことを知らされた。Kさんは泣いている様子で「今日、Mが私より先に逝ってしまいました。今、Mを連れて家に帰ってきたところです。何も手がつかずにお世話になった人に電話をしようと思って・・・」Kさんの声は穏やかで、短い間だったけれどMちゃんと出会えてよかったということ、念願のクリスマスとお正月のイベントを自宅で一緒に迎えられたこと。自身が母となったことで実家の両親との絆が深くなったと感じていること、Mちゃんが亡くなったときのこと、病院でしてきたこと、今、どんな表情をしているか、残された時間で母としてできることは何か、たくさんの想いを語り感謝の言葉とともに電話を切った。それから1年後、KさんよりSWに連絡が入り「Mのことを知っている人たちとお話をしたい。」という連絡が入った。Kさんが来院される日を病院スタッフは心待ちにしている。

事例6 医学的ハイリスク：重症心身障害児の在宅

<支援の視点>

◆児の受容

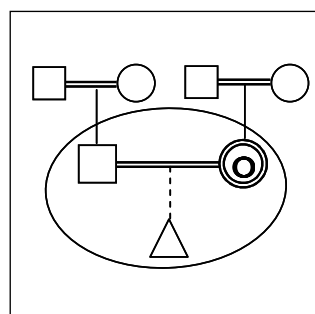
先天性の疾患や重度の疾患をもつ児の親は、児の誕生に際して生まれるまでの間、思い描いていた児のイメージと現実目の前にいる児のすり合わせの経過で親、特に母親は自責の念や罪悪感、児に対する拒否感等に苛まれること（＝自分の中の偏見と向き合うこと）が多い。児とは別に親自身がひとりの人間として大切に尊重されるような体験を通して児を受容していくことが可能となる。

◆継続的な支援体制の構築（緊急時対応含む）

SW は、児の退院時の在宅生活における関係機関、緊急時の対応機関の調整のみでなく「児の発達の視点」をベースに家族の在り方の変容、ライフステージに応じた社会資源の見通しを立てながら、適切な時期に社会資源の導入への助言を図っていくことも必要となる。

<家族背景>

〇さんは夫との二人暮らしでともに会社員。
経済的には問題なく、持ち家所有。
今回が初産で〇さんは出産にあたり、出産
休暇から育児休暇を取得中。



<経過>

(1)入院・出産

〇さんは、妊娠後期に入るまでは地元のクリニックに妊婦健診のため定期的に通院分娩は当院で行う予定であったが、在胎 30 週で切迫早産の兆候が見られ母体管理目的で当院の M - FICU に入院。32 週で児の心拍の除脈がみられ緊急帝王切開で児を出産。児は、出生時 1,500g 台、Apger Score3/10の低出生体重児を出生。出生時、自発呼吸がなく、NICU 入院。その後、低酸素性虚血脳症、出血後水頭症と診断。退院時に人工呼吸管理胃瘻による栄養管理、抗痙攣剤内服による管理が必要な状態であった。〇さんは順調に回復し退院日を迎えたが、残していく児のことが心配ということで「退院を延ばしてほしい」という希望があり、1 週間の入院期間延長の後、自宅退院となった。〇さんはその間、毎日 NICU に児の面会に来棟していたが、病棟では表情が硬く感情失禁がひどく見受けられたため、「児の受け入れが今後順調になされていくか」を心配をした担当医から SW に家族の養育力フォローと退院支援の依頼がなされた。

<ポイント①>

周産期では、特有の医療用語。病名が多く、医療チームの一員として最低限度必要な知識をもっておくことが望まれる。

(2) SWがOさんと面接

SWがOさんと初回面接。Oさんは、席に座るなり「あんなに、小さくてたくさん機械につながれて子どもがかわいそう。」という思いと同時に「どうして私だけがこんな思いをしなければいけないのか。」「子どもはかわいと思うけれど見ているのが辛い。」「先生の話を知ると（特に祖母のやりとりを聞いていると）自分が責められているようで苦しい。」②と思いの内を語り始終涙を流されている状況であった。

面接前のOさんについて、病棟からは毎日朝夕Oさん夫婦が、1日交代で両祖母の付き添いで面会があり、Oさんの表情が硬いことと児に触れたがらないという以外は、家族の受け入れは良好と聞いていた。しかし、面談を通して母であるOさん自身は産科入院時の頃で時間が止まっているかのようにSWは感じていた。

面会時、一度だけ児の名前のネームプレートが病棟でついたときに笑顔が見られたことを思い出し、病棟面会時での医療スタッフの対応を検討し、Oさんとは継続的に個別面接を行っていくことを約束した。

<ポイント②>

重心児をもつ母（家族）への支援を適切な時期に開始するには、児や周りの状況についての把握・受容がどこまでなされているかの確認が必要。

(3)社会資源の導入・活用

- ・養育医療の申請・利用
- ・身体障害者手帳（「呼吸器障害用」）の申請・利用
- ・手帳による日常生活用具給付事業（吸引器の支給）の利用③
- ・往診医導入
- ・重症心身障害児訪問看護事業導入
- ・民間訪問看護ステーション導入（訪問リハビリ含む）④
- ・重症心身障害児短期入所制度利用（原則「受給証」の発行が必要）
- ・療育センターへの紹介・連携
- ・特別児童扶養手当、特別児童扶養手当等の申請相談

<ポイント③>

制度の活用では、同じ目的であっても複数の法律が関係していることも多く、自治体によって条件・対応が異なる。その都度制度について確認。

<ポイント④>

同じ訪問看護であっても開始の条件、訪問回数や時間の上限、交通費の有無など異なるためそれぞれの特色を掴んでおく。

在宅時のフォロー

往診（週1回）OT・PTによるリハビリ（週2回）+訪問看護師によるケア（週2回）、重症心身障害児訪問看護（週1回）を在宅開始時利用。月から金曜日は毎日関係機関によるサポートを受け、父の仕事が休みの土・日は、父がメインとなり児の看護・介護を行なうこととなった。

※緊急時に備えて「在宅生活支援シート」⑤を作成し、Oさん夫婦、両祖父母、病院スタッフおよび関係機関で確認。

<ポイント⑤>

「在宅生活支援シート」は日々のスケジュール、想定される緊急事態とその対応の仕方、各連絡先を明記したもの。

(4) 自宅の受け入れ環境の具体的把握

退院支援部門の NS が、Oさん夫婦より児の生活スペースについての家屋の間取り図をもらい、呼吸器、酸素業者の手配のみでなく実際に NS、保健師、業者がOさん宅を家屋訪問。物品・医療器具の配置、電力について使用アンペア、緊急時のバッテリー対応等について調整を行った⑥また退院支援部門の NS が「物品チェックリスト」（在宅に必要な診療材料、レンタル品の有無、単価、給付先と連絡先を記載したもの）を作成し、Oさん夫婦に説明。紙面での具体的な説明であったためOさん夫婦からは、より具体的な質問が聞かれ積極的に児をみていこうとする姿勢がうかがわれた。

<ポイント⑥>

重心児の在宅生活では医療機器が生活スペースや多くの電力を必要とするため医療者・業者による在宅の現況把握が必須となる。

(5) カンファレンス(NICU退院調整開始時、転科時、退院時)の開催⑦

児の状態が医療的に安定し、Oさん夫婦の児への愛着行動が深まってきていることを病棟スタッフ、在宅支援部門 NS、臨床心理士、SW が確認した時期に退院に向けてのOさん夫婦、両祖父母を交えての病棟内スタッフ会議を開催。次に NICU から本格的な退院訓練のための訓練の場を小児科病棟に移行。移行直前、退院前のカンファレンスは新生児科、小児科合同とし地域からは、往診医、保健師、訪問看護師、障害福祉課の職員などが参加した。その頃になるとOさん夫婦、両祖母とも在宅生活で希望すること、具体的な質問をそれぞれが言語化することができ、主体性が見られるようになっていた。「わが子を自宅に迎え入れるのだ。」という認識を持ってもらうことの動機づけとなった様子。また、在宅生活にあたって多くの機関（担当者）が参加することによって誰が何の役割を担うのかの確認がNさん家族だけでなく、関係機関同士もできることとなり事前に顔合わせを行なうことのメリットを実感する機会となった。

<ポイント⑦>

複数回カンファレンスについては、手続きの進捗度、家族が現状受容・手技の獲得等でどのステージにいるのかを把握しながら参加メンバーの調整を行う。

(6) 退院

複数回にわたるカンファレンスが終了し、Oさん夫婦からは児のみでなく家族全員が大切にされているということを実感しているという言葉が聞かれ、育児指導や医療手技の習得に向けて訓練や保育の時間を設けることで病院スタッフのみならず、地域がその体験をOさん夫婦と共有し、Oさん夫婦が自信を持って児と接することができ、スタッフとの相互のやりとりもスムーズになるという好循環が生まれたように思われた。児の在宅環境調整が完了した時点で児の状態も継続的に安定していたため、生後10か月で児は自宅退院した。

(7)その後⑧

児は、退院後も大きく体調を崩すことなく安定した在宅生活を送っている。退院当初は慣れない在宅での児の介護に当惑し病棟に連絡をしていたOさんも落ち着いて児と向き合えるようになり、定期的に行なわれる検査入院では、表情も明るく、家族や地域のサポートを受ける中で児の在宅でのエピソードを語る余裕も見受けられてきた。また、意識的に医療機関での短期入所を利用していることが在宅生活の継続化につながっているように思われた。児の体も大きくなり、児なりに成長をうかがわせるさまざまな反応も見受けられるようになった。そのため、よりよい発達の促進を目的に療育センターの受診を開始し、短期入所、発達の評価、座位保持装置の作成などが開始され、当院入院の急性期から回復期を得て安定期という新たなステージに向けての取り組みが継続的になされている。

<ポイント⑧>

退院したら終わりということではなく、次に予測される社会資源の導入等についての見通しをつけながら地域と連携してサポートを継続する。



コラム <社会資源> ～ある事例より～

経管栄養が必要である児の退院後のことについてご家族と相談して欲しいとSWへ主治医より依頼があった。母親は、仕事が生きがいで自己実現の場となっていることもさることながら、経済的なことから仕事復帰することを希望していた。母親は養育と仕事の両立をするため、SWとともに保育園を探したが、医療的ケアが必要である児を受け入れている保育園は地域になかった。児への愛着が次第に薄れていき、虐待を予感させる発言が母親から出るようになった。結局、母親は自宅での養育ではなく、乳児院へ預けることを選択したというケースがあった。

医療的ケアが必要な児を受け入れている保育園は全国的にまだ少なく、家族が仕事を退職し、児の在宅ケアを担っていることが多い。横浜市にあるカンガルー統合保育園は、医療的ケアの必要な児を積極的に受け入れている全国でも数少ない保育園である。もしこのような保育園があったらケースは違った展開になっていたのだろうか。保育園が利用できないというのはほんの一例に過ぎず、医療的ケアや障がいのある児が、地域で家族と共に生活するにあたり利用できる社会資源は不足しており、今後充実することを切に望む。

ハンドブック作成検討会メンバー

事例7 医学的・社会的ハイリスク：在宅支援

〈支援の視点〉

◆ジェンダーバイアス(社会的文化的性差がもたらす偏見)①

現代社会においても、女性であれば子ども・家族に無条件の愛情を注ぎ、家事・育児・介護等献身的な役割を喜んで担うもの、といったような偏見が人々の心に内在化している。

支援者側にも無意識に「母親であれば子どもを愛するもの」と思いたい気持ちはあり、なかなか「そうではない女性」は素直な感情や考えを伝えることを躊躇ってしまうこともある。

◆社会資源の地域格差

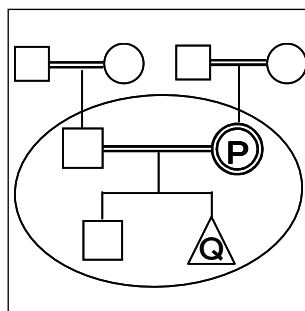
社会資源は様々なニーズから成り立ち、国・都道府県・地方自治体・特別区などの法律や条例で規定されているかが重要。同じ都内であっても区市町村によって利用できる社会資源に違いがある。また児と家族の生活状況に社会資源をあてはめるのではなく、生活状況に必要な社会資源を探し、作り出し、生活状況にあわせて継続するかどうかを確認しながら児と家族の生活支援を行う必要がある。

〈ポイント①〉

ジェンダーバイアスはDV同様基礎知識として十分に理解し、自分が内在化している価値観として認識しておくことが重要。

〈家族背景〉

Pさん(30代前半：専業主婦)は夫(30代後半：会社員)と結婚しており、夫との長男(3才)と3人暮らし。経済的に問題はなく、持ち家所有。



〈経過〉

(1)新生児Qちゃんの退院準備

Qちゃんは出生後から4か月間NICUに入院し、現在は体重が2,300gまでに増加し、これから自宅への退院準備を行う段階になった。Qちゃんは気管狭窄で常時酸素使用し、吸引も必要。Qちゃんは小児慢性疾患医療費助成を利用中。

Qちゃんの主治医と保健師はQちゃんの両親は吸引手技に問題はなく上手くできていること、Qちゃんへの愛着も見られており、あとは在宅酸素・吸引器等の準備、院内・自宅外泊練習ができれば自宅退院可能と考え、SWにQちゃんの自宅退院準備の援助を依頼した。

(2) SWが母Pさんと面接

Pさんは長男の子育て経験があるからQちゃんの退院にあたり大きな不安はないという。しかし、常に酸素を使用すること、吸引が必要な点は長男と違い、自分も頑張るけれど地域的にも助けてもらえることがあれば知っておきたい希望あり。

SWはPさんとの面接で、Pさんは長男同様Qちゃんを育てていこうという責任感を持っていること、現実的に地域の社会資源を知り活用しようという計画的に準備する意向があることを感じた。また、長男は来年幼稚園入園だが、自宅近隣に両親の祖父母宅があり協力的な関係性のようで、Qちゃんの通院時の長男のあずかりに困ることはなさそう。

SWはQちゃん家族に家族の協力体制、育児・ケアの手技に問題ないが、退院当初は自宅での育児・ケアに慣れる時間を見守ってくれる支援者：訪問看護ステーションがいた方がPさんが安心なのはと考えた。②

SWからPさんに上記アセスメントを伝えたところ、Pさんは訪問看護ステーション利用希望あり。

SWからは、吸引器準備は小児慢性疾患医療費助成の日常生活用具給付として吸引器給付を情報提供。また担当保健師に早めに訪問に来てもらい、退院後のQちゃんの発達の様子等気になること、利用できる社会資源を継続的に相談できるようにすることができることを伝えた。

Qちゃんの院内外泊練習前に担当保健師と訪問看護ステーションスタッフに来院してもらい、Qちゃんの現状把握と家族への挨拶ができるカンファレンスを開催することを提案した。③

SWは主治医・保健師に面接経過及びアセスメント、これから関係機関への情報提供及び援助依頼を行うこと、取り急ぎ院内外泊練習前カンファレンス開催することを報告。主治医・保健師がカンファレンス参加できる日程を確認した。

(3)カンファレンスの開催

Qちゃんの両親、担当保健師、訪問看護ステーションNS、主治医、保健師、NICU担当師長、SWが出席。主治医よりQちゃんの身体経過と退院後の診察予定、保健師からQちゃんのNICUでの生活とQちゃんの両親の育児・ケア手技取得状況を情報提供。保健師、訪問看護ステーションNSはそれぞれの支援も含めて両親に自己紹介。Qちゃんの退院後の自宅での生活を見守って行く体制を伝えることができた。吸引器準備について、SWから小児慢性疾患医療費助成事業で給付が受けられると伝えてしまったが、Qちゃんの居住区では実施していないことが確認できたこと、今回は残念ながらその制度利用はできないことを伝えた。訪問看護NSから両親が吸引器を購入するまでの間、退院当初貸し出すことができる旨情報提供。両親はひとまず訪問看護からのレンタルを希望。

<ポイント②>

Qちゃんを含めた家庭生活が現段階でどのようなイメージか、不安な点は何か家族の関係性にも留意し把握すること、より安心して家庭で過ごすための社会資源や地域の援助を考えることが必要。

<ポイント③>

児の退院：自宅での生活予定が決まったら、早めに保健師に情報提供を行い、退院後の相談窓口として児と家族の現状把握してもらうことが必要。

必ず院内外泊練習前にカンファレンスをしなくてはならないわけではないが、地域と家族の関係性形成のため早めに開催できることが望ましい。

(4) Qちゃんの退院

Qちゃんはその後順調に院内外泊、自宅外泊練習ができた。両親と主治医、PNS、SW が外泊練習振り返りを行ったが、両親から特に不安の表出はなくやっつけそうだと感じたと言う。

吸引器は購入現物が届くまでの間は訪問看護ステーションからレンタルすることになった。Pさんは「みんなこうやって毎日過ごしているのだと思うし、私たちも頑張ります」と言っていた。

退院予定日とその後の保健師・訪問看護 NS の訪問予定日、Qちゃんの健診来院予定日を決め、Qちゃんは自宅に退院した。

<ポイント④>

院内外泊、自宅外泊練習をNICUから行うか、児を小児科病棟に転床させてから行うか等、医療機関によって実施方法は異なる。

(5) Qちゃんの再入院

退院後、予定通り保健師・訪問看護 NS が自宅訪問。SW にそれぞれPさんがしっかり育児・ケアできていること、児も順調であることの報告があった。

しかし、退院後の1か月健診時、Qちゃんの体重が退院時から増加していないことが判明し再入院となった。

主治医がPさんに児の様子を尋ねると、ミルクを与えても多くを嘔吐してしまう日が数日続いており、ミルクを与えてもまた嘔吐してしまうのではないかと不安になり、入院中は見られなかったことだったので自宅の環境やPさんの手技がいけないのか、そんなはずはないのにといろいろ思い悩み、ミルクを与えることが辛くミルクの回数を減らしてしまった、と話しPさんは号泣。

SW からPさんに「Pさんは本当はいろいろ不安だったし、辛かったんですね。そういうお話を聞ける立場でいたかったのに私は気づくことができなくて、お役に立てなかったこと申し訳なく思います」と伝えた。Pさんは「Qちゃんがとても小さく生まれたときから小さいながらに順調、頑張っていると聞いて『長男の時と違う。こんな小さい子が生きていけるとは思えない。正直かわいと思えない。』とずっと思っていました。でも、やっと退院できるまでになって。退院準備をしているときに吸引器が給付ではなく自費で購入だ、とか小さい子どもへの援助って思ったより少なく、『自宅に戻ったら全部私の責任なんだ、なんで私だけが大変な思いをしなくてはならないんだろう』と退院できない方が良かったとも思ってしまって・・・。」とQちゃん健康不安から愛着と葛藤があったことを話してくれた。

<ポイント⑤>

児の退院前に何度も外泊練習を行うことは難しいため、実際に自宅で生活してみても児を育てる・ケアをすることの責任や不安を強く感じる家族も少なくない。退院後の児の健診や診察等で児と家族の生活の状況を理解し、育児支援を継続することが望ましい。

(6) その後

Qちゃんの体重増加が安定してきたため自宅退院となった。Pさんは夫やPさん・夫の両親を悲しませてしまうと思い、こんな複雑な気持ちでいたことを話せていなかったし一人で抱えていたことも話してくれた。

Qちゃんの身体状況や吸引器給付にならないこと等、状況は一度目の退院時と何も変わらないが、PさんはPさんの気持ちを医療機関や保健センター、訪問看護ステーション等支援者たちに話していいんだとわかってから気持ちが楽になったと言って帰っていった。

SWは個人的に「母親なら子どもに愛情を注ぎ自己犠牲してでも育てる努力をして当たり前」と思い込んでいたことに気づいた。また、社会資源が使えないことは家庭の経済的負担であるだけでなく、「社会から見放されている」と感じてしまう方もおり心理的負担にもなることに気づいた。居住区の地域性はあるものと理解しているけれど、社会資源の整備にあたりSWからこのようなデメリットをアドボケートする必要があることを改めて感じた。