

## 第4章 都立墨東病院の取組と検証

### 1. モデル事業の取組

#### (1) 墨東病院における NICU 入院児の現状

平成 11 年 6 月に都立築地産院が墨東病院に統合されて周産期母子医療センターが開設された。開設後 10 年間の NICU 入院児のうち極低出生体重児や新生児搬送入院の 25% は他県からの入院であった。残りの入院児のうち 7 割は、総合周産期母子医療センターの墨東病院が担当するブロック内であるが他は都内全域からの入院であった。遠方からの母体搬送や新生児搬送であるほど児は重症であり、また、退院先の地域関係機関が遠いために、退院調整が容易ではないという状況であった。

東京都のモデル事業が始まる前の平成 17 年から平成 20 年までの 4 年間に、墨東病院 NICU に 6 か月以上の入院となった児は 28 例で全入院の 4% であった。そのうち超低出生体重児が半数を占めていたが、超低出生体重児のうち入院期間が 1 年を超える児はいなかった。

1 年以上の長期入院となった児は全入院の 1% で、その原疾患は染色体異常や先天奇形症候群などの先天性の疾患と重症仮死後の低酸素性虚血性脳症であった。これらの児では原疾患が回復する見通しはなく、重篤なために通常の発達は期待できない疾患であり、家族にとっては厳しい状況であった。容易には退院できない理由としては、家庭で介護するには医療レベルが高すぎるためであり、状況としては人工呼吸器や気管切開が必要な呼吸の問題が半数、経管栄養など哺乳の問題が 23%、社会的ハイリスク要因も 14% に見られた。

#### (2) 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 又は GCU 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管理が必要な重症児から、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 10)。

##### 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に重症度が高く、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。

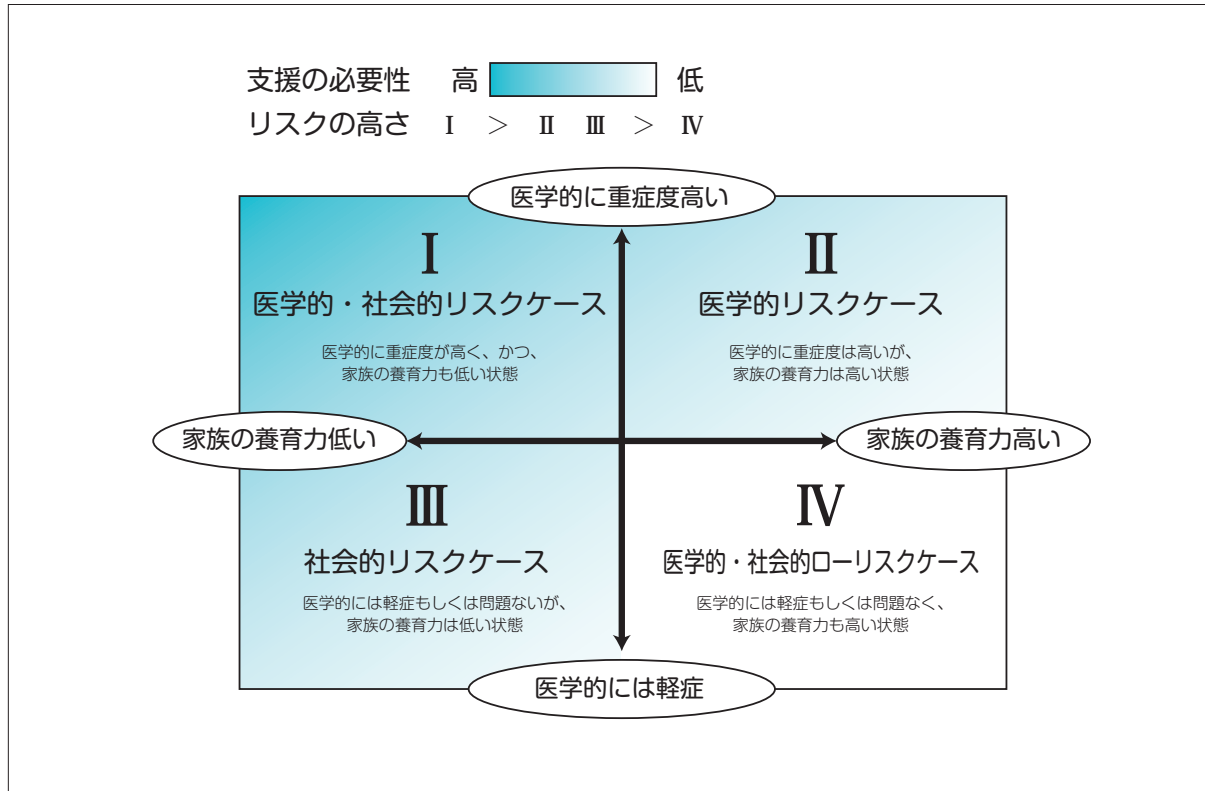


図 10 医学的問題と家族の養育力に着目したマトリックス表

### (3) 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 又は GCU に入院している児の在宅移行に取り組み、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次頁のとおりと考えられた。

### Iモデル 医学的・社会的リスクケース

【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ジメントする

### IIモデル 医学的リスクケース

【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ジメントする

### IIIモデル 社会的リスクケース

【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ジメントする

### IVモデル 医学的・社会的ローリスクケース

【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ジメントは必要ないと判断する状況である

### 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、コーディネーターは関わりを開始した。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た（図11）。

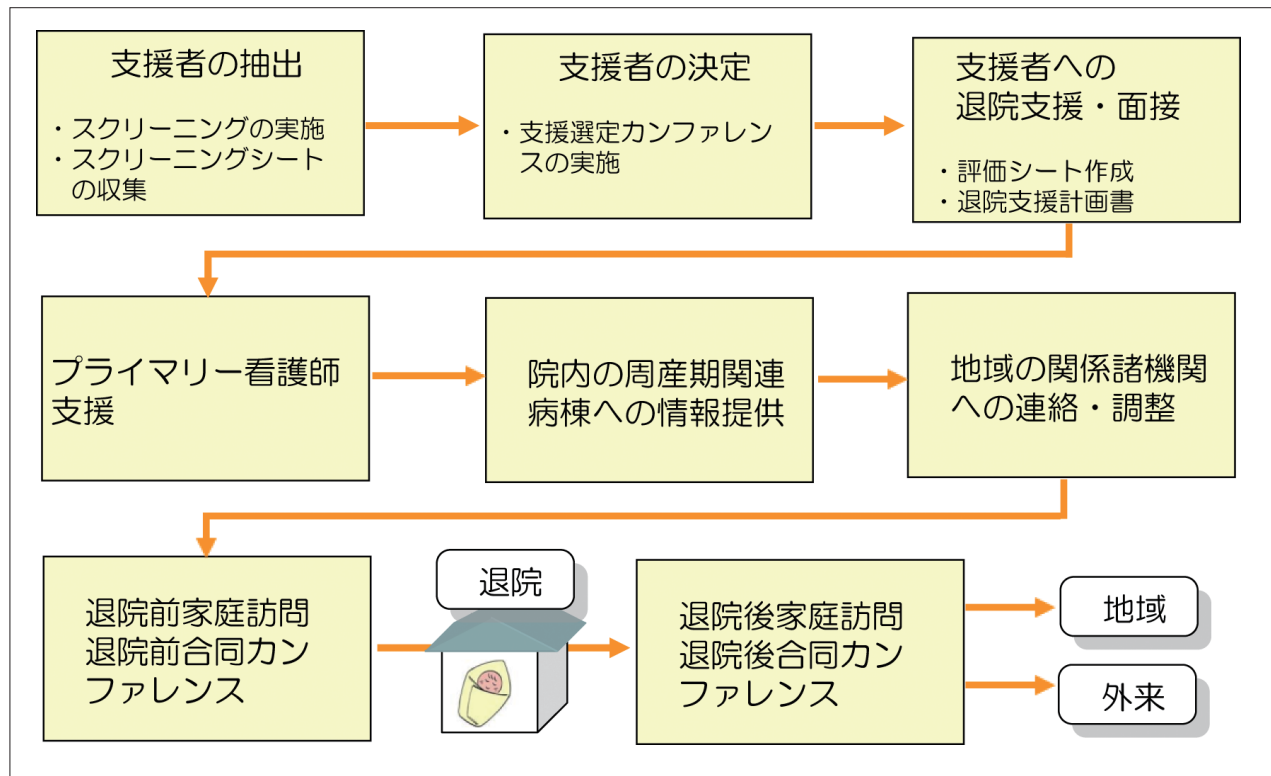


図11 NICU入院児支援コーディネーターの業務の主な流れ

### 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12）。

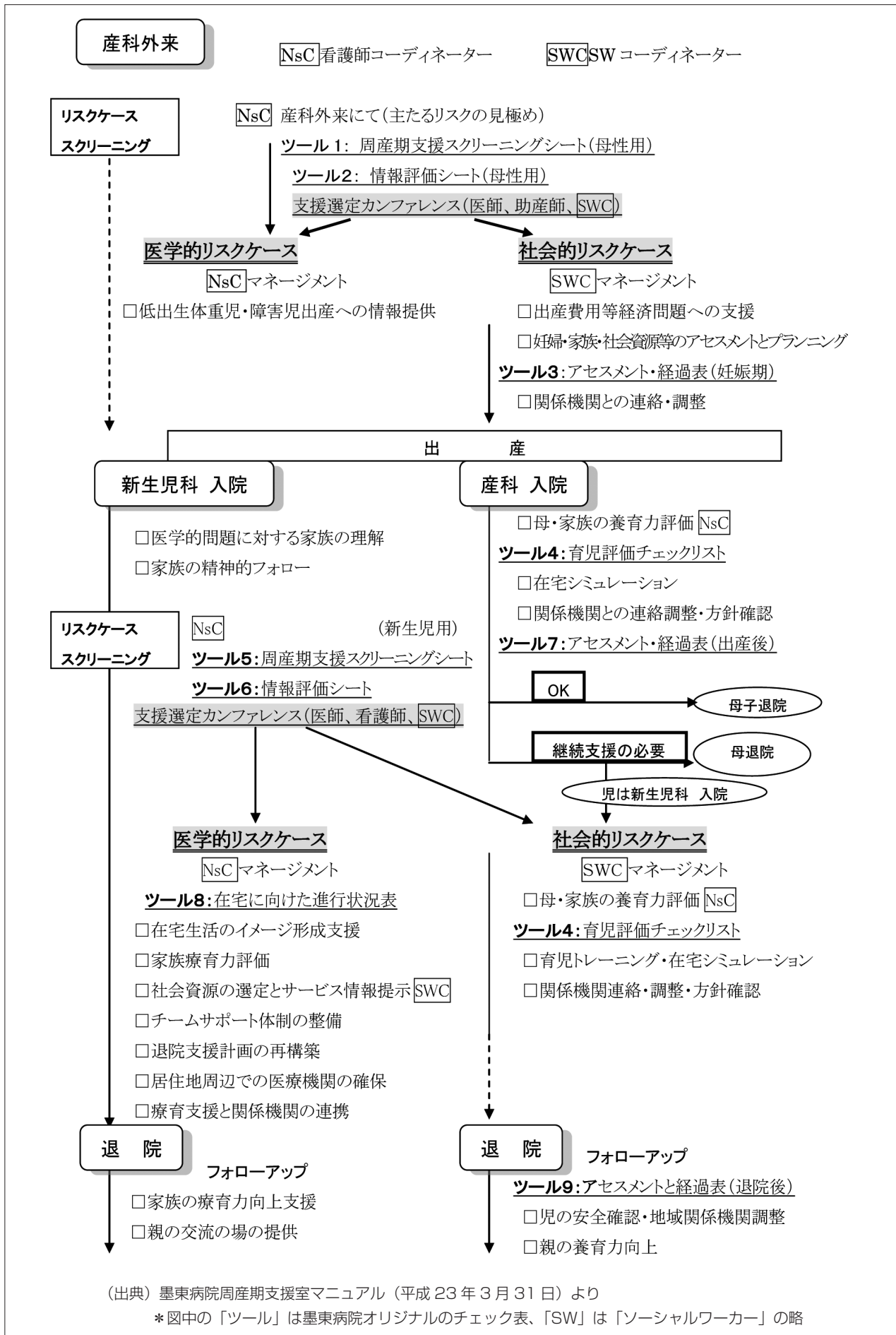


図 12 コーディネーター間の連携フロー図



## (4) NICU 入院児支援コーディネーターの育成と連携に向けた取組

### ア NICU 入院児支援コーディネーターハンドブックの作成

従来、NICU 入院児の退院支援において、ソーシャルワーカーは、NICU 又は GCU から援助依頼があつて関わるが多かった。そのため、NICU 入院児支援コーディネーターの役割を担い、周産期に必要なソーシャルワークに積極的に取組むためには、妊娠、出産、NICU および GCU 入院、退院という一連の流れを十分理解して支援を行う必要があることから、ソーシャルワーカーが中心になり企画編集を行った。

本ハンドブックは、初めて NICU 入院児支援コーディネーターの役割を担う職種向けに作成したものである。ケースワークや育児の視点から、児や家族への支援を進めていく上で必要な情報が得られるよう、周産期医療に関わる多職種の専門家の分担執筆により、基礎知識を掲載するとともに、事例からも学べるように工夫した。また、参考資料として、院内で利用するパンフレット等を作成する際に参考となる具体例や社会資源情報等を掲載した。

#### ○作成の経過

平成 23 年 4 月～	作成検討会（第 1 回～7 回）
12 月	外部委員による検討会
平成 24 年 2 月	作成検討会（第 8 回）
平成 24 年 3 月	「ハンドブック」完成

#### ○作成委員

企画・編集：周産期母子医療センター等のソーシャルワーカー  
助 言：NICU 退院支援体制検討会委員

#### ○仕様等

仕 様：A 4 版 170 ページ カラー  
部 数：600 部  
配布先：都内周産期母子医療センター等  
(参考配布：保健所・保健センター、療育施設、医師会等)

### イ 区東部合同カンファレンスの開催

○目 的：退院支援に関する各機関の役割の調整及び情報共有を図り、問題点を検討すること  
で関係機関との連携を推進する。

○開 催 日：平成 24 年 3 月 23 日（1 回）

○メンバー：院内：産科医師、新生児科医師、小児科医師、周産期担当看護科長  
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  
小児科・NICU・GCU・産科の各看護長 等

地域：区東部地域における関係機関の看護師、保健師、児童福祉司、  
ソーシャルワーカー等

(地域周産期母子医療センター、小児在宅診療所、保健所、保健センター、  
療育施設、子供家庭支援センター、児童相談所、福祉事務所等)

## 2. モデルケースの在宅移行

### (1) モデルケースの選定

モデルケースの選定にあたっては、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用いて、入院児のグルーピングを行った。

本事業では、平成22年度と平成23年度で計13名の児をモデルケースとして、入院児支援コーディネーターを中心とした在宅等への移行支援を実施した。

下記に、モデルケースの定義、モデルケースとして選定した児や家族の主な状況についてマトリックス表で示す（図13）。

#### モデルケースとは

- 1 NICU 又は GCU に入院している児
- 2 以下の①から③のいずれか、又は①～③が重複して該当するケース
  - ①長期入院児（6か月以上入院している児）
  - ②医療ケアが必要な児（重症児を中心）
  - ③退院が進まない背景に社会的な問題のある児

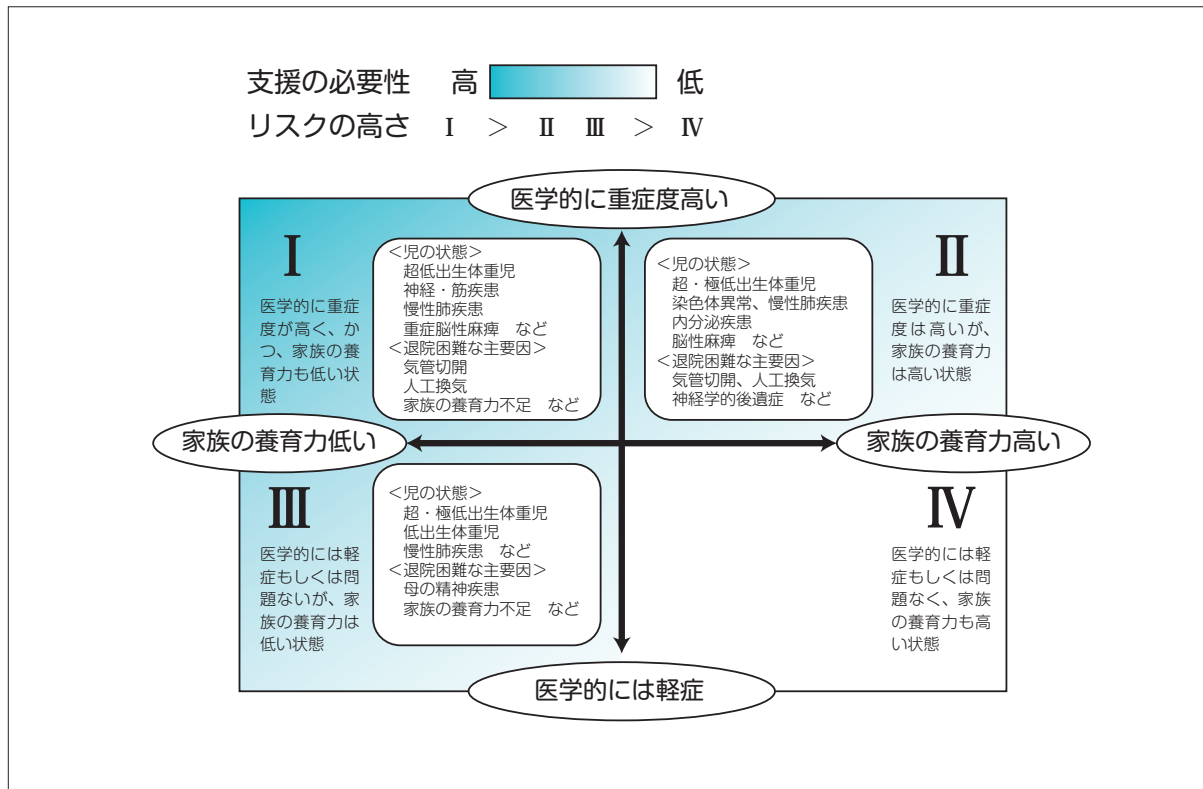


図13 モデルケースの状況（支援開始時の状況）

## (2) モデルケースの概要と主な支援内容

モデルケース 13 名のうち、長期入院児は 8 名であり、入院期間が長いケースほど医学的に重症度が高い傾向があった。また、マトリックス表を用いると、ステージⅠは 2 名、ステージⅡは 5 名、ステージⅢは 6 名が該当した。平成 24 年 3 月末現在、1 名を除き、12 名が退院した。

コーディネーターを中心に、医学的に重症度が高いケースに対しては、緊急時入院先、レスパイト、地域の小児在宅診療の調整などの支援を行った。また、家族の養育力が低いと判断されたケースに対しては、退院後の地域の関係機関のサポート体制をつくるための調整や家族関係の調整、生活保護申請への支援などを実施した。

なお、在宅シミュレーション、退院前・退院後のカンファレンス、退院前・退院後の家庭訪問などの実施内容は後述する（3.NICU 入院児支援コーディネーター業務の実際 P32～P46）。

## (3) 在宅等移行支援の実際

在宅等移行支援の取組やコーディネーターの配置による効果や課題を明らかにするために、モデルケース全体の支援の実際を振り返った。

具体的には、退院までの経過に沿って、コーディネーターが具体的にどのような支援を行ったのか、児の病状変化や家族の気持ちの変化、支援を通して感じた効果、課題などの振り返りを行った。

ここでは、マトリックス表のステージⅠ、Ⅱ、Ⅲの中から、それぞれ 1 ケース、計 3 ケースについて述べる。

なお、ケース概要、経過等は、実際のモデルケースに一部改変を加えている。



## マトリックス表ステージⅠのモデルケース

## 看護師コーディネーターとソーシャルワーカーコーディネーターが支援した事例

## 児の医療ケアが多く、かつ家族の養育力に不安が残るため、児の安全が危惧されるケース

## 【在宅移行支援を開始した理由】

「わが子と一緒に自宅で生活したい」という母親の強い希望があったこと、児の状態も安定し在宅に移行できるまでに成長したこと、家族からも「母親を支援する」という言葉が聞かれるようになったこと等をきっかけに、本格的な支援を開始した。長期入院により家族が離れ離れになっていたため、家族形成への支援が重要と考えられた。

## 【ケースの概要】

- 児の状況：超低出生体重児、神経・筋疾患、慢性肺疾患
- 家族構成：両親
- 支援の経過：母親は、持病のため、家事・育児に制限がある状況であった。在宅移行支援の開始にあたっては、家族と医療者とが共通認識を持つことからはじめた。プライマリー看護師を中心に、家族の意向を調整するとともに、コーディネーターが院内外の支援調整を実施した。在宅移行支援を開始した時点では、夫が「退院は無理」と拒否的であったが、入院中に、在宅での医療ケアの練習を繰り返し積み重ねていくうちに、「不安はあるがやってみます」という言葉が夫からも聞かれるようになった。また、地域の保健師に入院中から関わってもらうことで、必要な地域の社会資源を活用した退院後療養支援計画を作成することができた。

## 【コーディネーターが支援を通して感じた効果や課題】

## ◆ 効果

- ・主治医やプライマリー看護師が、退院に向けた家族の意向を丁寧に調整したことにより、家族が退院に前向きな気持ちになり、医療ケア技術の習得や育児の積み重ねに結びついた。
- ・地域保健師に入院中から関わってもらうことにより、退院後の家族を支える社会資源やサービスの活用を的確に導入した退院後療養支援計画が作成できた。
- ・退院後療養支援計画は、家族やスタッフが在宅生活をイメージできるものになった。

## ◆ 課題

- ・母の児への愛情が強くても、育児や医療ケアが十分にできない場合、父親など家族の協力が必須であるが、意向の調整や医療ケアの習得などに時間を要した。
- ・地域の社会資源に関する知識やその調整の仕方など、コーディネーターとして知っておくべき知識が不足していた。

## マトリックス表ステージⅡのモデルケース 看護師コーディネーターが主に支援した事例

### 在宅での人工呼吸管理（CPAP 管理）、人工肛門管理（ストマ管理）、経管栄養等の医療ケアが多いケース

#### 【在宅移行支援を開始した理由】

両親ともに、児の退院と在宅療養についての強い希望があったことと、児の状態も安定し在宅に移行できるまでに成長したことを、家族と医療者でお互いに理解し合えたため、本格的な支援に移行した。

#### 【ケースの概要】

- **児の状況**：低出生体重児、染色体異常、慢性肺疾患
- **家族構成**：両親と小学生の姉
- **支援の経過**：慢性肺疾患により人工呼吸管理が必要となり、NICUでの長期的管理を余儀なくされた。両親は在宅での生活を希望していたが、入院が長期化することで、気持ちのゆれも見えた。家族と医療者とが共通認識を持ち、お互いに同一の考えであることを確認し、在宅移行支援を開始した。院内では、プライマリー看護師と主治医が中心となり、家族の意向調整や児の状態に合わせた医療ケアの技術的な説明を実施し、実際の夜間の生活場面に不安があったため、院内外泊による在宅シミュレーション訓練を実施した。入院中から、在宅診療所の小児科医師や看護師、地域の保健師、訪問看護ステーションの看護師等と合同カンファレンスを実施し、情報を共有するとともに、退院後の問題点を抽出し、入院中にできる準備や退院後療養支援計画の作成を行った。

#### 【コーディネーターが支援を通して感じた効果や課題】

##### ◆ 効果

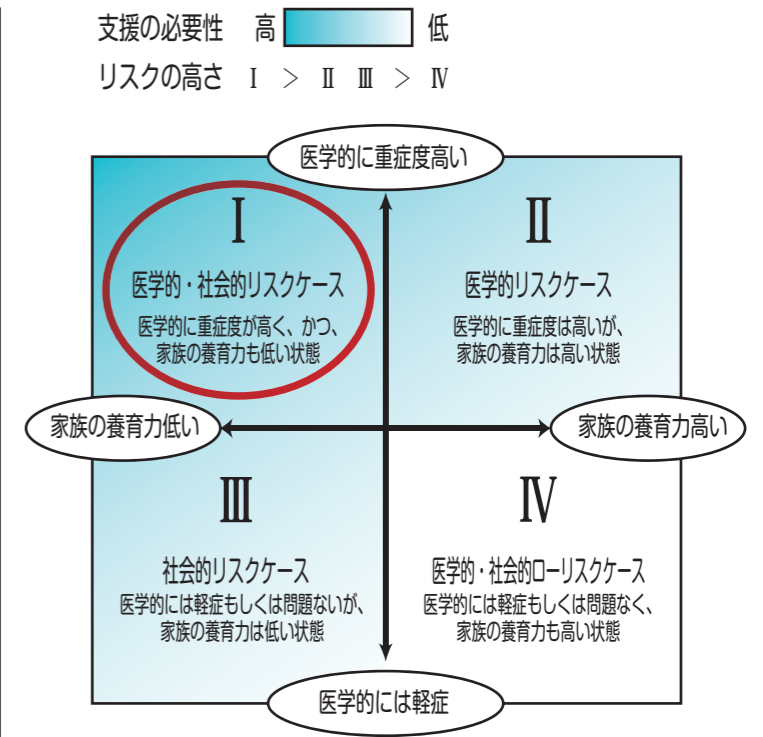
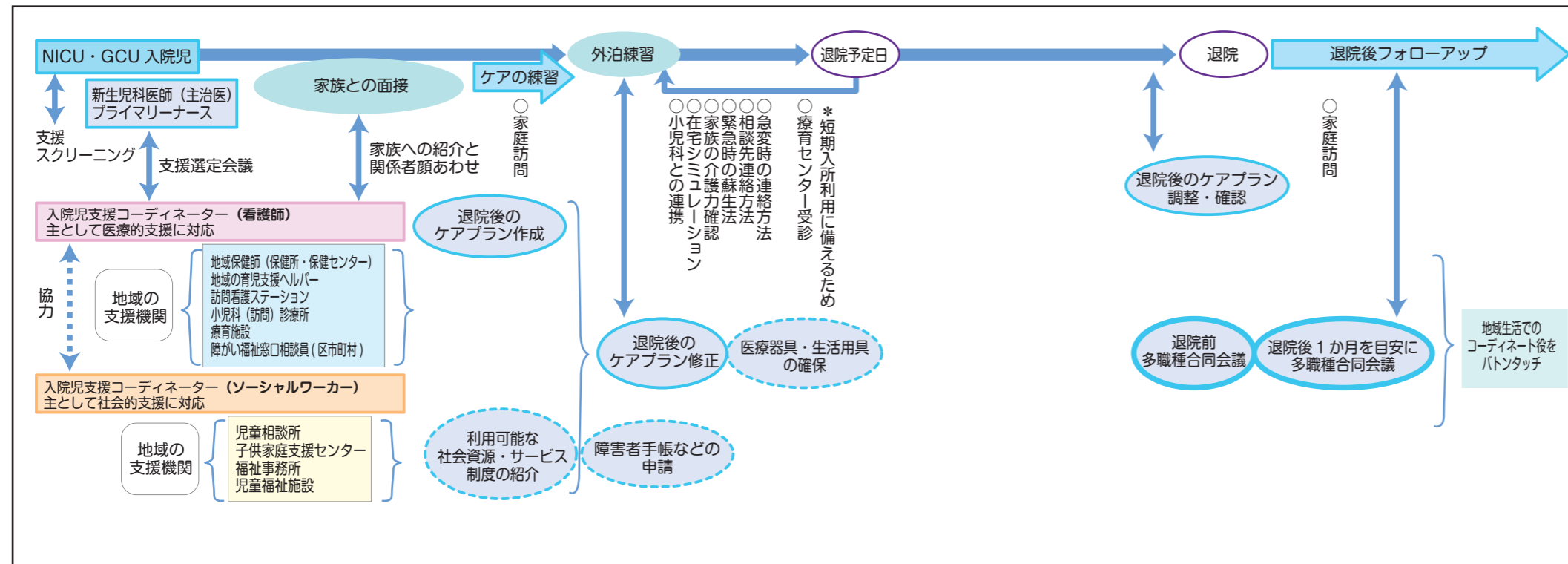
- ・プライマリー看護師が退院に向けた家族の意向を調整し、コーディネーターが院内外の関係機関と調整することにより、各々の役割が明確になった。

##### ◆ 課題

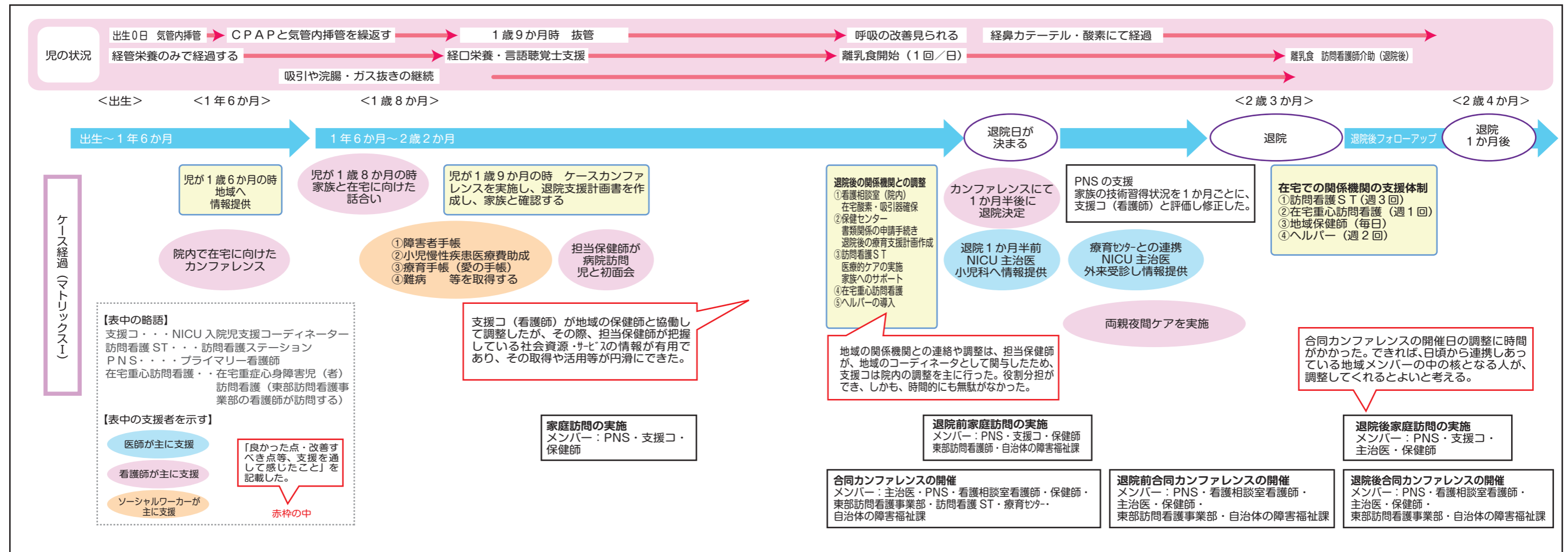
- ・既存の訪問看護ステーションリストでは、乳幼児に対応できるか否かの把握ができない。乳幼児に対応できる訪問看護ステーションが少なく、決定に時間を要した。
- ・ヘルパーの必要性や導入のタイミングに迷った。
- ・外泊による在宅シミュレーションを予定したが、児の病状変化や家族の意向で実施できなかった。

### 【医学的ハイリスクケースへの支援】

○参考 N I C U入院児の円滑な退院に向けた調整と在宅移行（医学的ハイリスクケースの退院調整イメージ図）



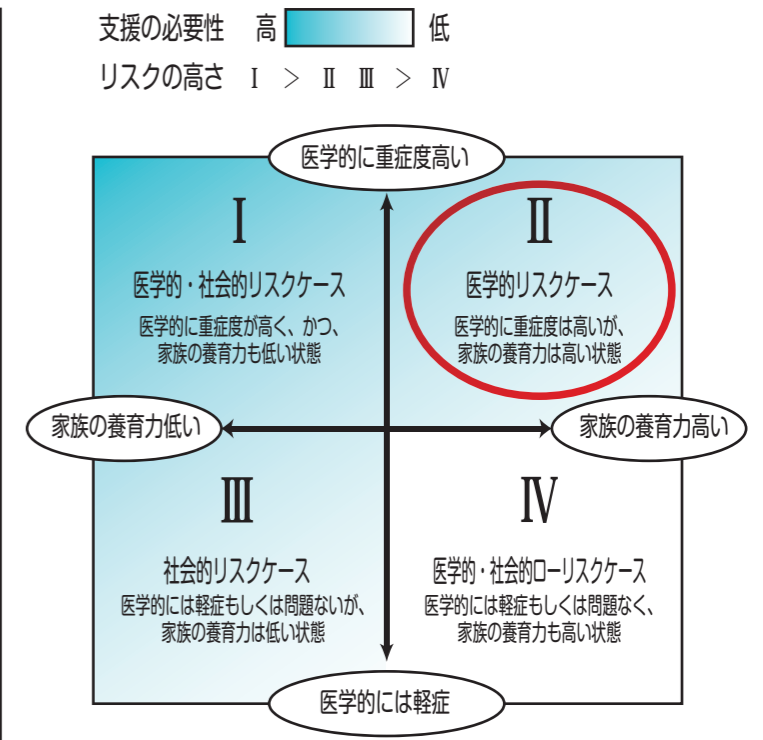
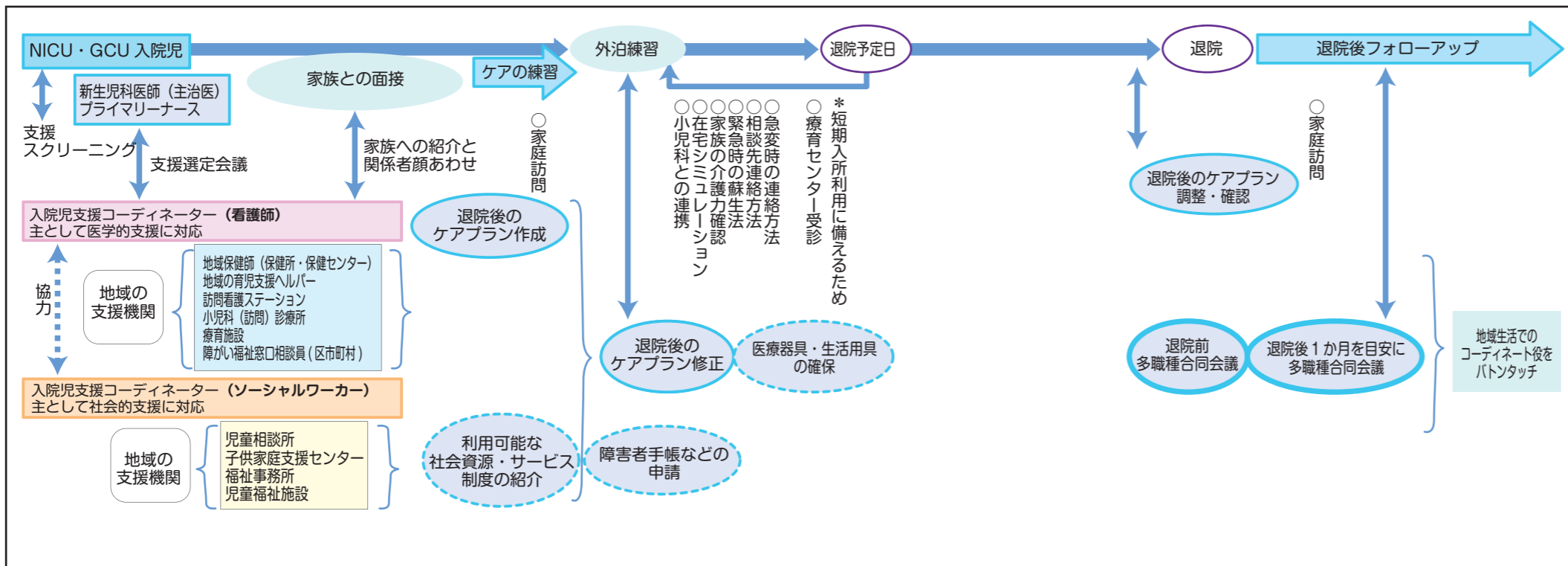
#### 1、マトリックス表のステージIのモデルケース（看護師コーディネーターとソーシャルワーカーコーディネーターが支援したケース）



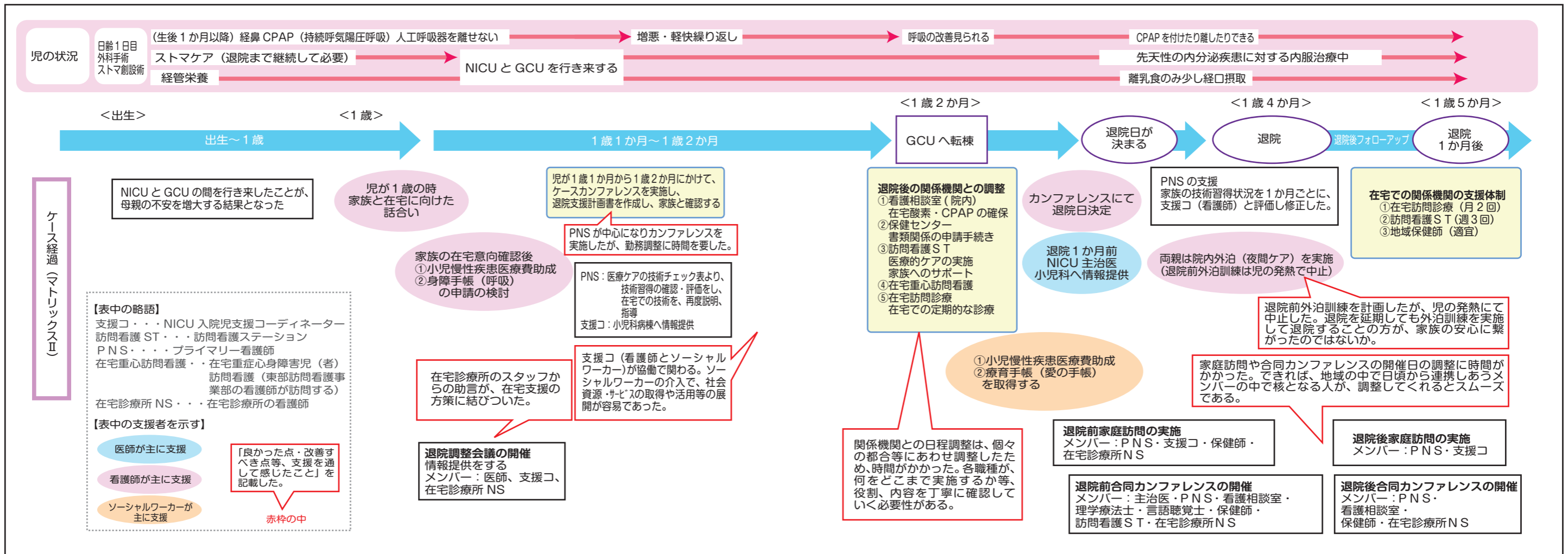


### 【医学的ハイリスクケースへの支援】

○参考 NICU入院児の円滑な退院に向けた調整と在宅移行（医学的ハイリスクケースの退院調整イメージ図）



### 2、マトリックス表ステージIIのモデルケース（看護師コーディネーターが主に支援したケース）



## マトリックス表ステージⅢのモデルケース ソーシャルワーカーコーディネーターが主に支援した事例

### 退院後の児の安全が不安なケース

#### 【在宅移行支援を開始した理由】

両親が精神的に不安定で、出産後は育児困難な状況になることが予測された。両親の育児を支える祖父母などの支援者もいないことから、児の安全を優先的に考え、住環境や地域のサポート体制の整備、母の受診継続、両親の育児力を引き出す支援を開始した。

#### 【ケースの概要】

■ 児の状況：極低出生体重児

■ 家族構成：両親

■ 支援の経過：妊婦健診未受診の状況であったため、母体搬送による受入と同時に支援を開始した。出産後は安全な育児プランを両親と確認しながら、様々な生活課題を解決し、プライマリー看護師を中心に産科・新生児科病棟で母親の育児トレーニングを実施した。母は夜間の育児ができない状況であったため、父の育児トレーニングも行い、両親による在宅シミュレーションを実施し、評価と支援を行った。また、地域の関係機関の訪問を両親が受け入れるようになり、育児環境がある程度整ったことから退院を迎えた。

#### 【コーディネーターが支援を通して感じた効果や課題】

##### ◆ 効果

- ・退院後の問題点を見据えて、出産前の早期から支援を行い、地域の関係機関と連携することができた。
- ・支援の必要性を早期に判断し、時間をかけて家族に寄り添い信頼関係を築く支援を行ったことで、在宅シミュレーションや育児評価を両親とともに実施できた。
- ・母の困りごとに対する支援（精神科受診や生活支援等）を行う中で、コーディネーターが示す安全な育児プランに対して、家族自身で適切な意思決定を行えるようになった。
- ・地域関係機関との情報共有により、家庭状況がより把握できる確かな支援に繋がった。
- ・院内の医師、プライマリー看護師、コーディネーターの役割分担が図られた。
- ・地域保健師の家庭訪問、訪問看護師の訪問など地域資源を有効に利用でき、見守り体制を構築できた。
- ・コーディネーターによる家庭訪問を実施したことで、家族との信頼関係が継続でき、外来フォローがスムーズにできた。

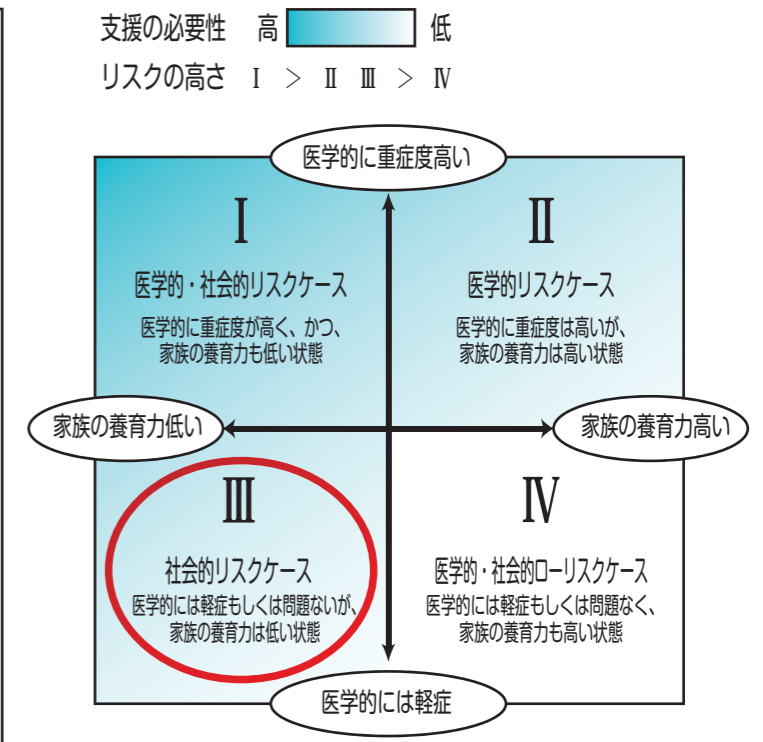
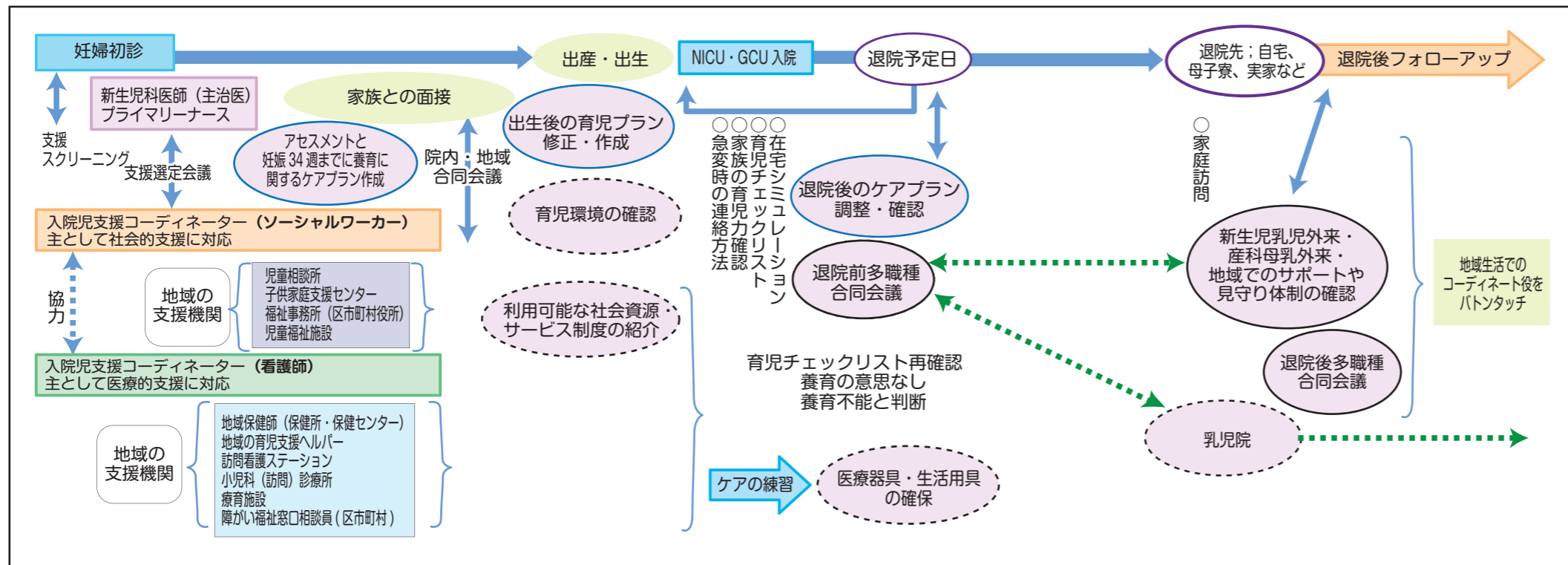


## ◆ 課題

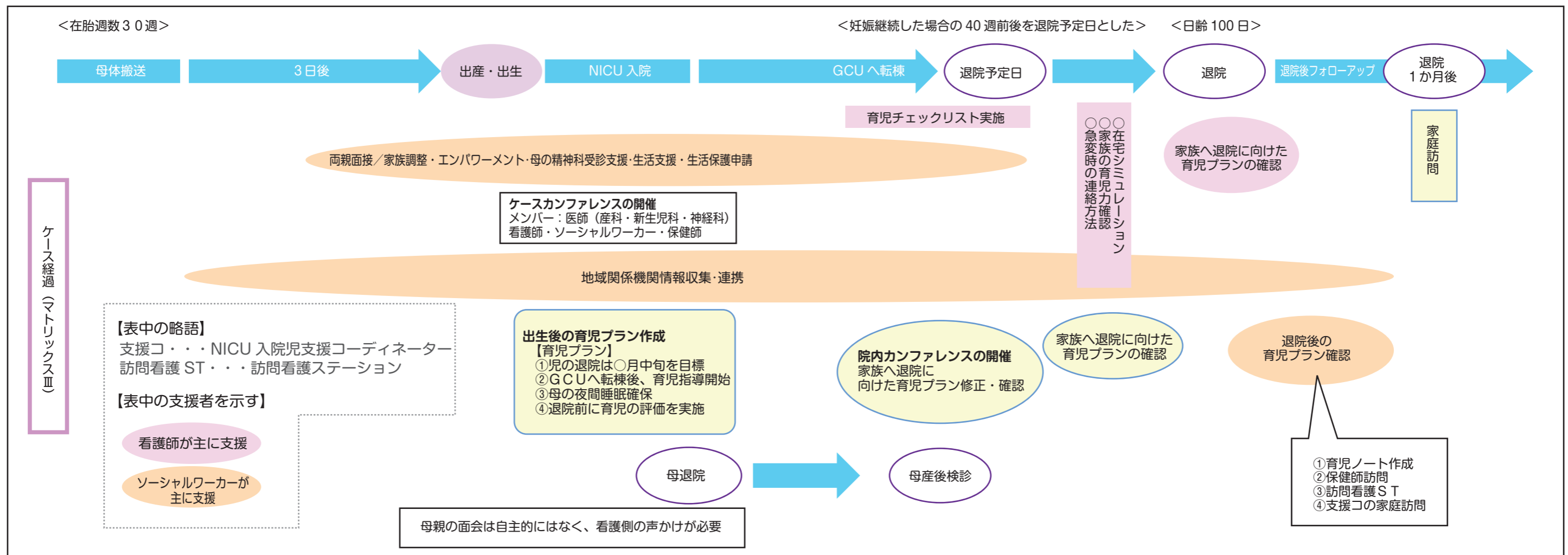
- ・居住地が複数回にわたり変更され、その都度、地域関係機関と連携した支援を行ったが、地域によって支援に相違があり戸惑った。
- ・居住地が遠方だったため、地域関係機関との連携やフォローアップにかなりの労力を要した。
- ・両親の退院要求が強く、育児トレーニングが短期間しかできなかった。
- ・退院後も、児が上手にミルクを飲めない状況もみられ、継続した育児支援が必要であった。ケースの状況に応じて選択できる、0歳児保育をはじめ、母子で利用できるデイサービスなど、様々な育児支援サービスがあれば良いと感じた。

### 【社会的ハイリスクケースへの支援】

○参考 NICU入院児の円滑な退院に向けた調整と在宅移行（社会的ハイリスクケースの退院調整イメージ図）



### 3、マトリックス表ステージⅢのモデルケース（ソーシャルワーカーコーディネーターが主に支援したケース）



第4章

第4章

### 3. NICU 入院児支援コーディネーター業務の実際

#### (1) NICU 入院児支援コーディネーターを中心とした取組

退院支援が必要な対象者の選定から、退院支援計画の策定、対象者への支援という一連の支援プロセスに沿って、NICU 入院児支援コーディネーターの取組について述べる。

##### ア 要支援ケースのスクリーニング<sup>\*3</sup>

###### 【概要】

周産期母子医療センターの全ての児や家族と早期に関わることで、抽出された問題点に対して、外来及び入院時から退院に向けた支援・調整を図ることができ、一人ひとりの児や家族にふさわしい療育・療養環境を継続できるような支援体制を提供することを目的とする。

###### 【対象】

- ・ NICU・GCU に入院する全児
- ・ 産科外来に通院している妊産褥婦
- ・ 産科・新生児科病棟に入院している妊産褥婦

###### 【記載者】

- ・ 記載者は、プライマリー看護師を原則とし、医師も可能とする。

###### 【記載時期】

###### ■ 周産期支援スクリーニングシート（新生児用）<sup>\*4</sup>

- ・ 入院当日から 48 時間以内
- ・ GCU 移動当日から 7 日以内
- ・ コット移床当日から 7 日以内

###### ■ 周産期支援スクリーニングシート（母性用）<sup>\*5</sup>

- ・ 産科外来受診時の初診・32 週、及び問題と思われた時期
- ・ 母体搬送された当日
- ・ 産科・新生児科病棟入院期間内に問題と思われた時期
- ・ 新生児病棟入院中の褥婦に関しては、経膈分娩 3 日目・帝王切開術 7 日目

###### 【取組】

産科外来初診時から妊婦及び母体搬送妊産褥、NICU 入院全患者に対してスクリーニングシートを用いて、平成 22 年度 936 件、23 年度 1,021 件のスクリーニングを実施した（図 14、15）。

##### \*3 スクリーニング

胎児・新生児の状況や母子関係等を把握し、養育支援が必要な家庭の早期把握と継続した支援の必要性から、母体・新生児ともに、外来と入院の期間を通し 1 ケース 3 回のスクリーニングを実施している。

##### \*4、\*5 周産期支援スクリーニングシート（新生児用）（母性用）（参考資料 5 参照）

電子カルテの中に様式を組み込み、プライマリー看護師等が必要事項を記入するシートである。記入した結果をコーディネーターが確認し、要支援候補ケースを選定する。

**【成果】**

- ・平成22年度936件、23年度1,021件のスクリーニングが実施された。
- ・プライマリー看護師等が、児や家族を捉える時に個々の問題を早期に把握できるきっかけになった。

**【課題】**

- ・要支援者の早期把握と早期支援が重要なことから、看護師等によるスクリーニングを正確に実施する必要がある。

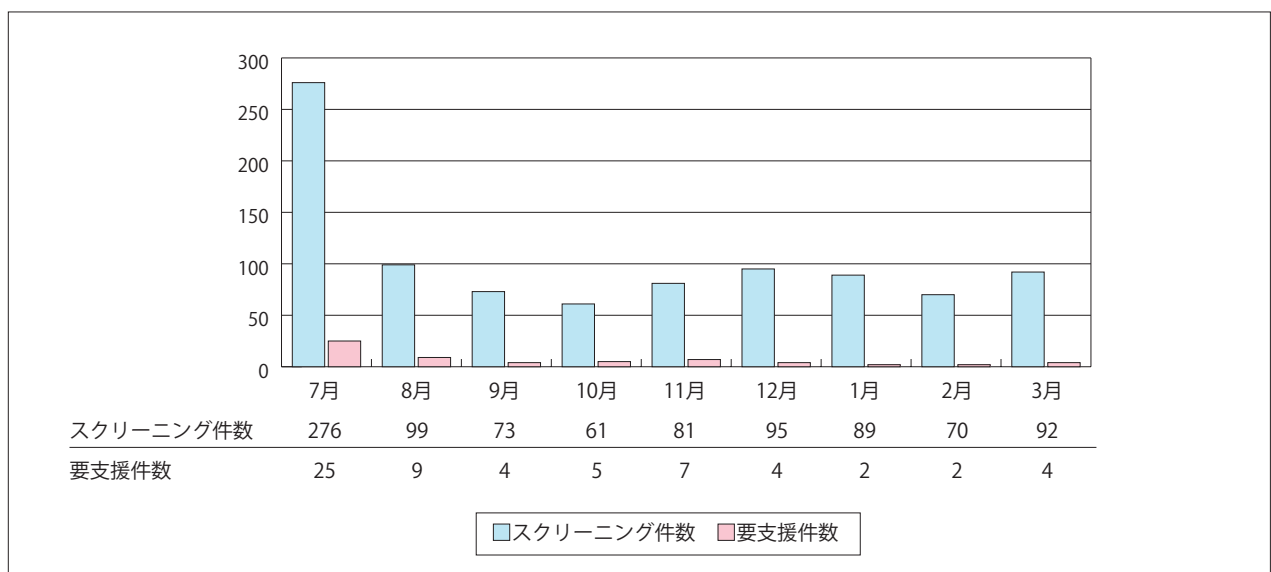


図 14 平成22年度 スクリーニング件数及び要支援件数

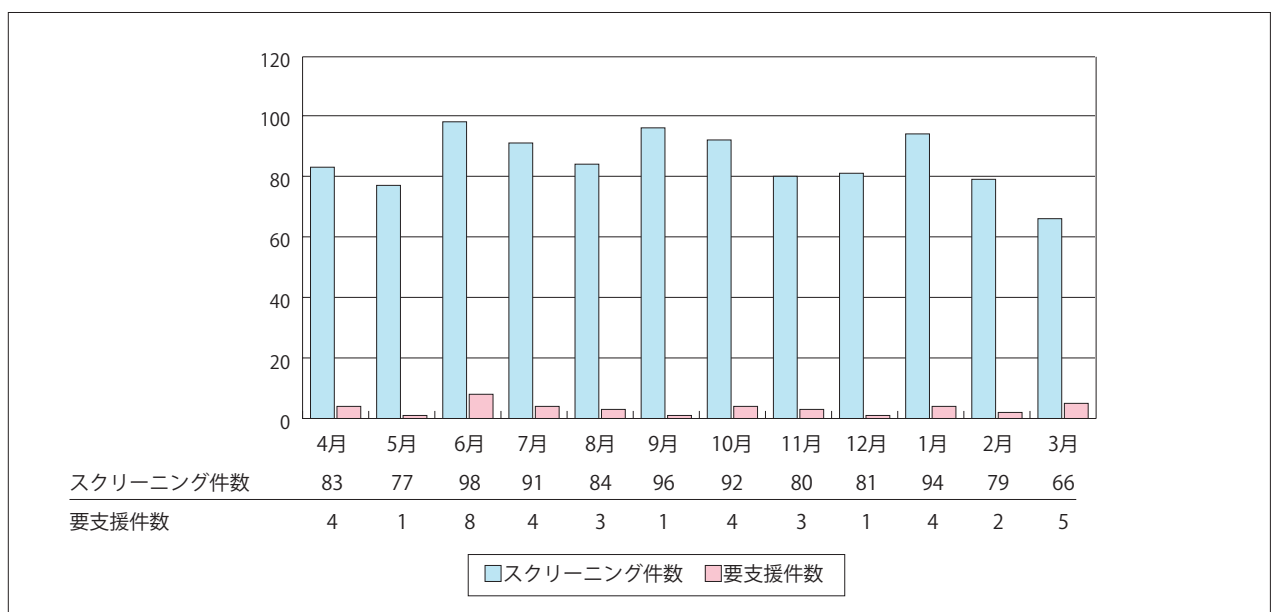


図 15 平成23年度 スクリーニング件数及び要支援件数

## イ 支援選定カンファレンスの実施と要支援者の選定

### 【概要】

プライマリー看護師等が記入したスクリーニングシート（新生児用・母性用）項目にひとつでもチェックが付いている場合には、コーディネーターが確認し、入院から1週間以内に、支援選定カンファレンスを開催する。カンファレンスでは、支援が必要か否かを構成メンバーと多角的に検討し、要支援者を決定する。

### 【メンバー】

- ・2職種のコordinエーター
- ・病棟看護長、新生児科・産科医師、プライマリー看護師・助産師等

### 【開催日時】

以下のとおり、各病棟単位で週1回定期的に開催した。

- ・産科病棟・産科外来：毎週木曜日 14時～
- ・新生児科病棟：毎週木曜日 15時～
- ・NICU・GCU病棟：毎週木曜日 14時30分～

### 【取組】

要支援件数は、平成22年度は62件、平成23年度は40件であった（図14、15）。

#### ■平成22年度実績（図16）

- ・要支援62件の内訳は、新生児科21件、産科41件であった。
- ・主な支援理由としては、産科では母親の精神疾患が31件であり、分娩前からの地域との連携した関わりが重要と考えられた。未受診妊婦の分娩は7件あり経済的理由が主であった。
- ・新生児科では、医療ケア技術の習得等への支援をしたケースが75%を占めた。在宅に向けた医療ケア技術の習得等への支援の必要性とともに、家族の育児参加が重要であると考えられた。

#### ■平成23年度実績（図17）

- ・要支援40件の内訳は、新生児科9件、産科31件であった。
- ・主な支援理由としては、産科では母親の精神疾患が19件と、22年度より要支援全体に占める割合は減少しているが、複雑な家族背景を持つケースが多く、22年度と同様に妊娠中から地域の関係機関と連携した支援が重要であった。特徴的なこととしては、10代妊婦の占める割合が22年度より増加しており、よりきめ細やかな育児支援が必要であった。
- ・新生児科では、特に在宅酸素での退院が増加し、退院時に訪問看護ステーションの支援を必要とするケースが増加していた。



**【成果】**

- ・多職種が参加するカンファレンスを通して、多角的に児や家族を捉えることができるとともに、情報交換や情報共有がチームでの支援に有用であった。
- ・児や家族にチームで医療、看護が提供でき、チームメンバーの役割も再認識できた。

**【課題】**

- ・要支援者にはならなかったが、継続した見守りが必要と考えられた観察ケースが、22年度30件（母体27件・新生児3件）、23年度64件（母体59件・新生児5件）あった。児や家族の状況によっては支援レベルが変更になる場合があるので、児や家族の状況や支援内容を支援選定カンファレンスのメンバーで常に共有しておくことが必要である。そのため、必要時にケースカンファレンスを早期に開催できるようにプライマリー看護師の支援サポートや、院内における連携方法を日頃より検討しておくことが必要である。

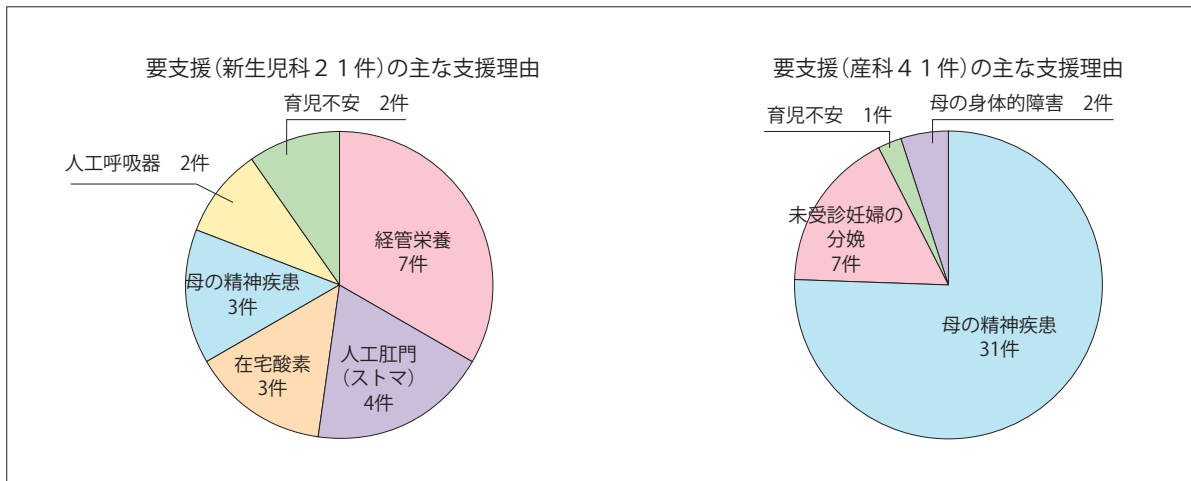


図16 平成22年度 要支援62件（新生児科21件・産科41件）の主な支援理由

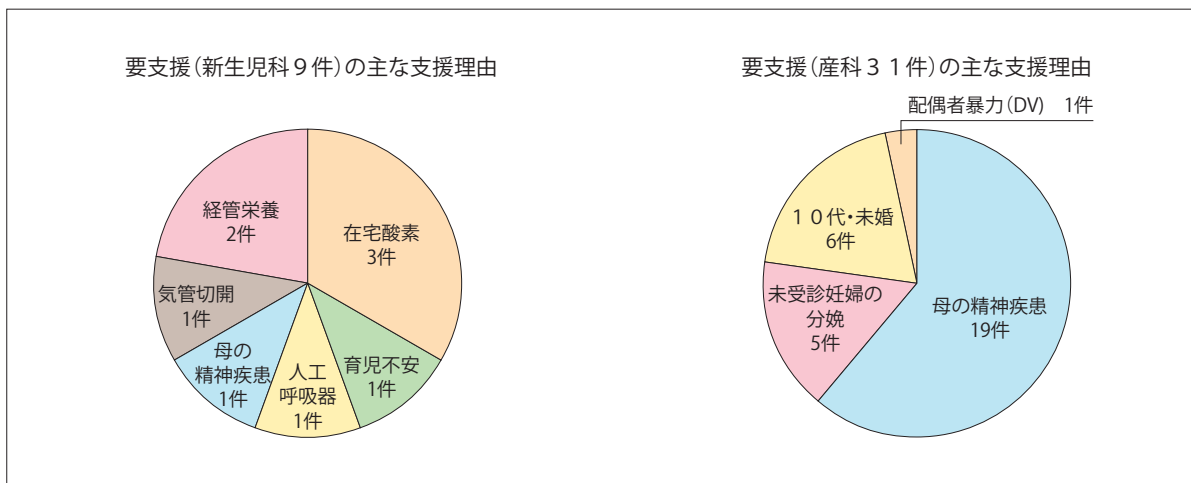


図17 平成23年度 要支援40件（新生児科9件・産科31件）の主な支援理由

## ウ 退院支援計画の策定

### 【概要】

プライマリー看護師が退院に向けて、家族と共同で作成するものと位置付けた。具体的には、主にプライマリー看護師や主治医が中心に、家族と退院後の生活について話し合い、家族の意向を取り入れ、地域の関係機関の意見も踏まえて計画書を作成する。退院支援計画書の作成に関与した者は全員署名し、さらに、プライマリー看護師から家族に説明し、署名をもらう流れとした。

### 【取組】

#### ■退院支援計画書のフォーマット作成

コーディネーターを中心に、退院に関わる治療方針・療養上の指導内容、退院後に利用する社会資源・福祉保健サービス等を項目に盛り込んだ退院支援計画書のフォーマットを作成した。フォーマットに沿って個々の退院支援計画を作成した。

#### ■新生児特定集中治療室退院調整加算の算定

書類の流れを整備し、院内医事課まで流れる体制を作り、加算算定を積極的に行った。

### 【成果】

- ・新生児特定集中治療室退院調整加算の算定数は、22年度は8件であったが、23年度は89件と増加した。算定可能なケース数に対する実際の算定数が、実績を積み毎に増えた。23年度の算定可能なケースは102件、実際の算定数が89件、算定率87.3%であった(図18)。

### 【課題】

- ・プライマリー看護師が、児や家族とどのように関わり支援をしたのかが計画書に反映される。個別性を重視した退院支援ができるように、プライマリー看護師への教育やサポートの必要性がある。

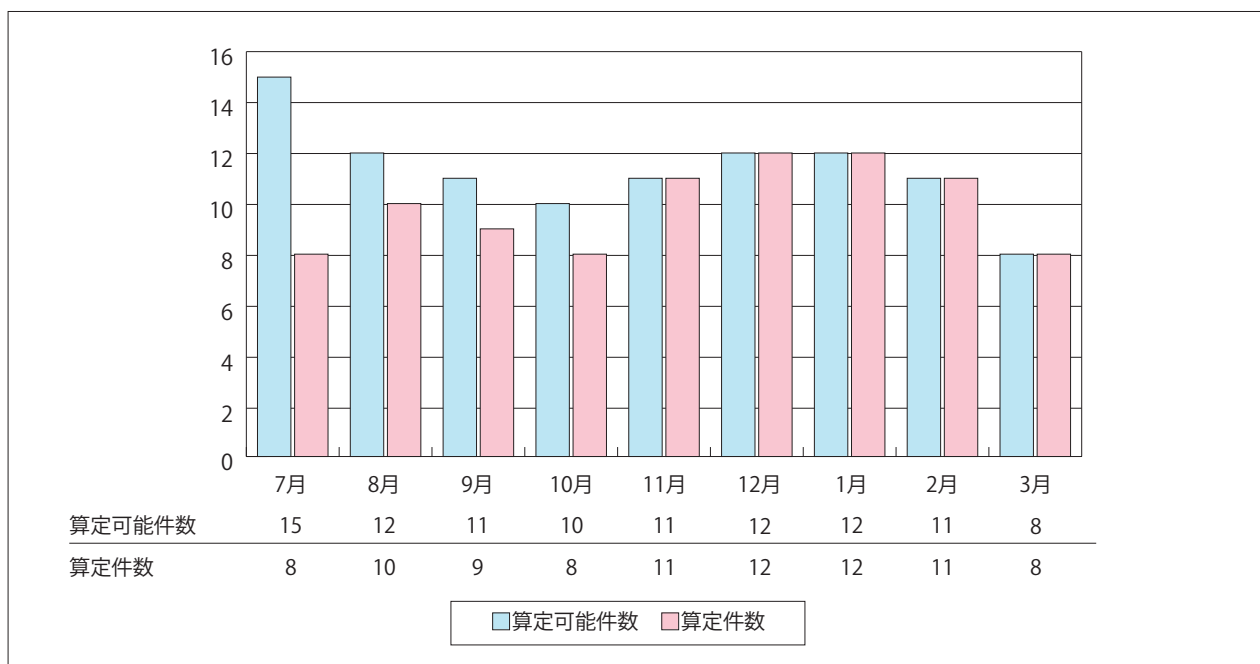


図18 平成23年度 新生児特定集中治療室退院調整加算の算定件数

## エ 退院支援プロセスに関わる職種と役割

### 【概要】

退院支援チームは、個々のメンバーの役割が最大限活かされ、知識と技術を結集して支援できることが重要である。

構成メンバーは、産科外来時、入院時の患者の状態に応じて選定した。メンバーの役割は、産科外来時や入院時の患者の把握と情報共有、入院時や入院中の支援、退院時の支援や調整などの進捗状況の把握、退院調整を進めていく上での問題提起と解決方法を検討、共有した。

### 【支援期間の考え方】

産科 : 産科外来初診時から産後1か月及び母乳育児外来時までとした。

新生児科 : 入院時から退院後2～3か月までとした。

特に、社会的ハイリスクケースの場合には新生児科医師と協議し個々に応じて支援期間を設定した。

### 【構成メンバー】

2職種のコーディネーター、主治医（産科医師・新生児科医師）、小児科医師、プライマリー看護師、新生児科・産科・小児科の看護師、訪問看護ステーション、子供家庭支援センター、児童相談所、保健所・保健センター、小児在宅診療所、療育施設 等

## (2) 専門多職種との協働とコーディネート

NICU 入院児支援コーディネーターは、退院支援における院内及び院外における多くの専門職種との連携や調整の窓口を担っている。地域の支援機関と合同で実施するカンファレンスの開催や、病院から地域に出て実際の家庭環境を把握するというアウトリーチの実施を通して、よりコーディネート機能を発揮できると考えた。その実際の取組について述べる。

### ア 多職種で行う入院中・退院前・退院後のカンファレンス

#### 【概要】

入院中・退院前・退院後におけるケースカンファレンスでは、退院後のより良い療育環境を提供するために、多職種間の情報共有を図り、医療管理や生活、療育上の課題等を多角的にアセスメントし、退院に向けた支援チームとしての方向性を構築する場とした。カンファレンスでは、退院後の療育環境を想定し、入院中のケアプランを策定し、ケア計画を実践した。児や家族を退院まで導くには、プライマリー看護師のリーダーシップが重要となる。

#### 【取組】

カンファレンス開催実績は、平成 22 年度は 43 回、平成 23 年度であった（図 19、20）。各カンファレンスの実施内容は以下のとおりである。

#### ■入院中のカンファレンス

（支援を開始しているが、退院が具体的には決まっていない準備段階のカンファレンス）

- ・ 家族の始まりを支え、両親の力で家族を発展させるための支援
- ・ 親役割の獲得に向けた支援
- ・ 患者情報の共有と関係スタッフの連携体制の構築
- ・ 退院後のニーズを把握し、評価シートを作成
- ・ 退院支援計画書の作成

#### ■退院前のカンファレンス

（退院日などが具体的になり、そこに向けたより実践的な内容となるカンファレンス）

- ・ 具体的な手技の支援および技術習得状況の把握
- ・ 児の特徴を理解した上での積極的な育児参加を支援
- ・ 退院支援計画書に基づく退院調整と目標策定
- ・ 居住する環境整備の支援

#### ■退院後のカンファレンス

（退院した後に実施するカンファレンス）

- ・ 退院計画書に基づく、在宅生活での目標確認
- ・ 家族の在宅養育力の評価、検討
- ・ 外来（小児科）への評価結果の報告、引継ぎ
- ・ 退院に係る情報の蓄積
- ・ 家族の育児状況や児の受容状況の確認および支援
- ・ 医療的ケアの親負担への支援

**【参加メンバー】**

家族、2職種のコーディネーター、主治医（産科医師・新生児科医師）、小児科医師、プライマリー看護師、新生児科・産科・小児科の看護師、訪問看護ステーション、子供家庭支援センター、児童相談所、保健所・保健センター、小児在宅診療所、療育施設 等

**【成果】**

- ・院内スタッフだけで実施するカンファレンスは、プライマリー看護師が主導で開催し、地域の関係機関を入れた合同カンファレンスは、コーディネーターが主導で運営する方向で少しずつシステム化できた。

**【課題】**

- ・多角的に問題点を提起して、具体的な支援内容を検討する時期が遅かった。的確な時期に退院後の生活を見据えた支援内容の提供ができるように、プライマリー看護師へ支援が必要である。
- ・情報と課題の共有、対応策の検討等を行うカンファレンスを院内でシステム化する必要がある。

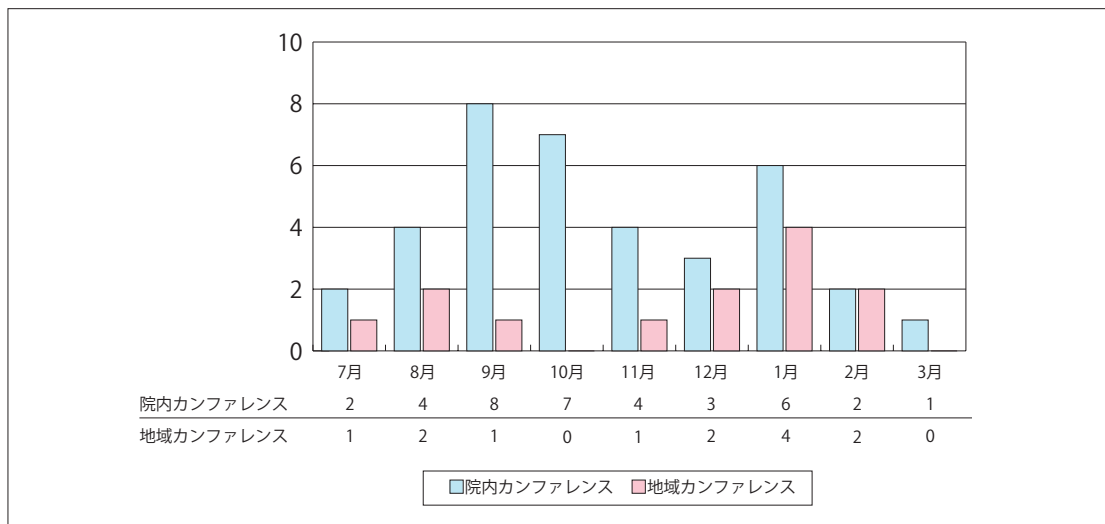


図 19 平成 22 年度 カンファレンス開催実績

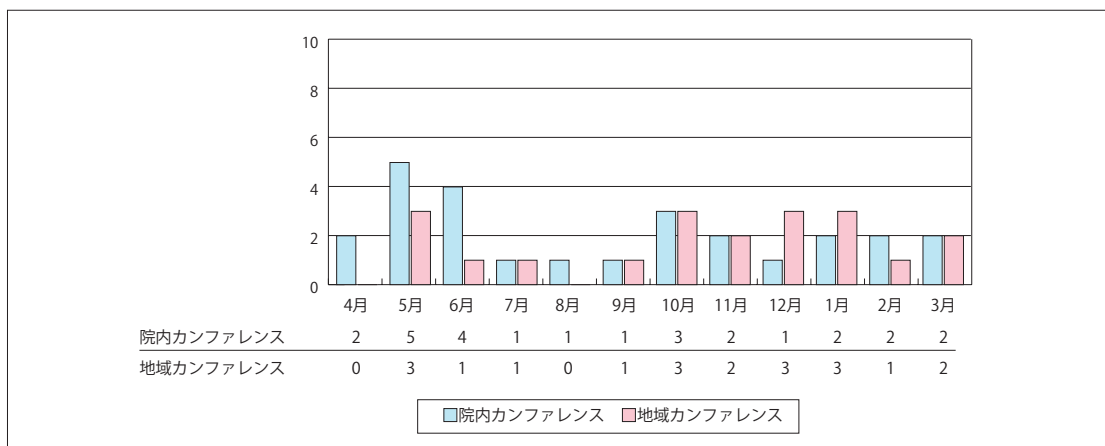


図 20 平成 23 年度 カンファレンス開催実績

- 院内カンファレンス：院内スタッフが参加メンバーになるカンファレンス
- 地域カンファレンス：院内スタッフだけでなく、地域の関係機関が加わったカンファレンス



## イ 退院前・退院後の家庭訪問

### 【概要】

コーディネーターは、プライマリー看護師を支援し、地域関係者と連携しながら家庭訪問を実施した。退院前家庭訪問は、退院後の家庭でのより良い療育環境の構築に向けた具体的支援に繋げるために行った。退院後家庭訪問は、実際の生活環境を把握し退院支援計画に基づく療育環境の獲得目標に対する評価と、地域と連携したフォロー体制の獲得目標の評価を実施する。訪問日は、個々の事例に合わせて、退院前1か月と退院後1か月を目安に実施した。

### 【取組】

退院前家庭訪問と退院後家庭訪問の実施内容は以下の通りである。  
退院支援計画書に基づき支援し、退院日決定の状況により、家庭訪問日を調整した。

#### ■退院前家庭訪問

- ・在宅生活の状況確認（医療機器設置場所、間取り 等）
- ・家庭生活が安心して始められる生活環境の状況把握、支援
- ・具体的な手技をシミュレーションより確認
- ・家族との意見交換
- ・関係者への情報伝達

#### ■退院後家庭訪問

- ・退院支援計画書に基づく、在宅生活での目標確認
- ・重圧感やストレスの軽減に繋がる相談・支援
- ・親役割の獲得状況、児の受容状況の確認
- ・医療的ケアの手技確認、相談

### 【参加メンバー】

家族、2職種のコーディネーター、プライマリー看護師、新生児科医師、訪問看護ステーション、子供家庭支援センター、児童相談所、保健所・保健センター、小児在宅診療所、療育施設 等

### 【成果】

- ・退院前家庭訪問では、ケースに合わせて訪問メンバーを選定調整したことで、退院準備や家族への指導などに具体的に活かすことができた。
- ・退院後家庭訪問を行ったことで、地域の支援機関のアセスメントや支援内容と、病院が考える在宅支援のずれが明確になり、次のケースの退院支援に反映することができた。

### 【課題】

- ・コーディネーターが中心となる退院支援は、退院後の家庭訪問までと整理したが、その後の地域でのキーパーソンが誰なのか明確にならない場合があった。
- ・退院前・退院後の家庭訪問は、今回はモデルケースのみに実施したが、今後は家庭訪問対象者の基準を検討していく必要がある。

### (3) 社会的なリスクのあるケースへの取組

社会的なリスクのあるケースは、様々な家族状況や社会的困難な背景が重なっており、妊娠管理が十分にできず、結果的に児が医療的リスクを抱え NICU 入院となる場合があるため、産科外来や母体搬送等における産科からのアセスメントと早期支援が重要であると考え、ソーシャルワーカーのコーディネーターを中心とした支援を行った。

支援で最も重要なことは、退院後に、児の安全が守られないような場合もあることから、児や家族にとって、安全な育児プランを家族と一緒に作っていくことである。そのためには、家族との信頼関係をベースに、時間をかけて、入院早期から退院に向け準備を進めた。

#### 【支援の目的】

- ・胎児と母体の安全
- ・退院後の育児支援と虐待予防

#### 【支援の方法】

- ・産科からのリスクの早期発見と早期支援
- ・妊産褥婦と新生児のフォローアップ
- ・親と子、その家族へのソーシャルワーク
- ・院内調整と地域関係機関連携

#### 【取組】

平成 22 年度、23 年度に支援選定カンファレンスで決定された「要支援ケース」の約 8 割が社会的なリスクを有していた。主な内訳は以下の通りであった（図 21）。

##### ■平成 22 年度実績

- ・スクリーニング実施件数 936 件のうちの 100 件が「支援が必要なケース、もしくは支援が必要になるかもしれないケース」(モデルケース 8 件、要支援ケース 62 件、観察ケース 30 件)として選定された。
- ・100 件中、社会的なリスクのあるケースは 74 件、74%を占めていた。
- ・74 件は 2 職種のコーディネーターで連携し支援を行った。

##### ■平成 23 年度実績

- ・スクリーニング実施件数 1,021 件のうちの 109 件が「支援が必要なケース、もしくは支援が必要になるかもしれないケース」(モデルケース 5 件、要支援ケース 40 件、観察ケース 64 件)として選定された。
- ・109 件中、社会的なリスクのあるケースは 74 件、68%を占めていた。

#### 【社会的なリスクのあるケースの特徴とコーディネーターの支援】

社会的なリスクのあるケースは、産科から支援を開始したケースが多く、そのうち、児が NICU へ入院したケースは 13%あり、うち半数以上は乳児院入所となっていた。

コーディネーターの主な支援は、家族への在宅シミュレーション等の育児トレーニングや退院後の育児サポート体制の調整であった。

精神疾患、知的障害、若年、外国籍、妊婦健診未受診等、妊婦の抱える様々な背景が社会的なリスクとなっていた。その中でも特に多かった精神疾患合併ケースへは以下のような支援を行った。

- ・精神疾患合併ケースでは、産科医師が通院していた精神科主治医と連携をとり妊娠管理を行った。特に問題がないケースは助産師外来でフォローし、その後34週を目途に、産科医師の外来に戻し、分娩方法や母乳・育児シミュレーション等の方向性を決めた。助産師へのサポートは看護師コーディネーターが行った。
- ・精神疾患合併に加え、他の社会的背景が重なり、妊娠管理や出産後育児困難になるリスクが高いと判断したケースの場合には、ソーシャルワーカーコーディネーターが早期に支援を開始した。
- ・精神疾患合併により、妊娠中の自己管理ができない場合には、産科病棟入院、もしくは精神科病棟入院による支援を行った。産科病棟へ入院したケースは、精神科と連携して個室で管理を行った。

**【成果】**

- ・社会的なリスクのあるケースは、出産前からの早期支援が、退院支援に繋がることわかった。
- ・社会的なリスクのあるケースへの早期からの支援に取り組むための、院内の体制をつくることができた。
- ・ケース支援をとおして、保健所・保健センター、子供家庭支援センター、児童相談所等、地域の関係機関との役割分担の明確化と連携が促進された。

**【課題】**

- ・社会的なリスクがある場合には、それが医学的なリスクに繋がる場合がある。逆に医学的なリスクが社会的リスクに繋がる場合もある。リスクは流動的なので適切なタイミングで支援を行うことが必要である。

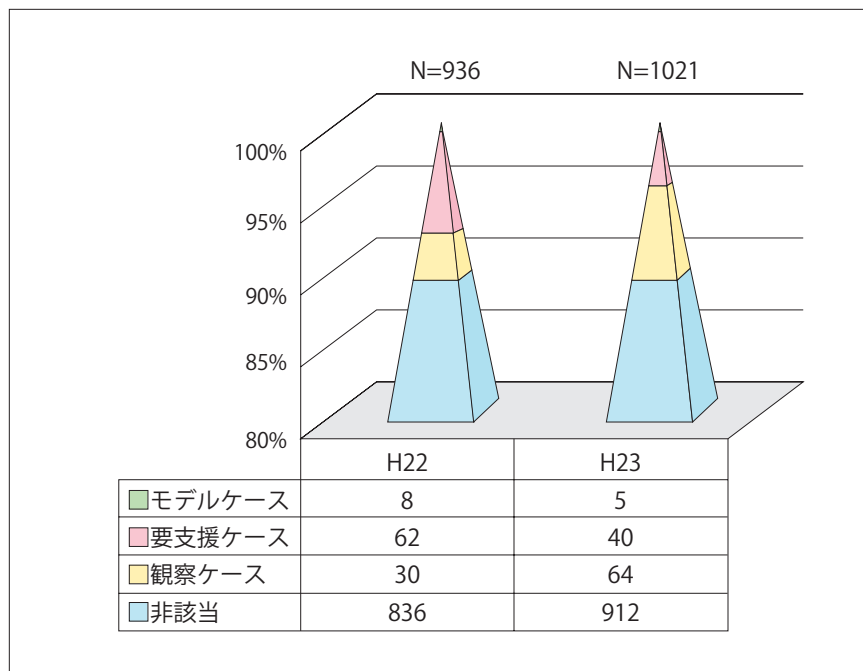


図 21 支援が必要なケース、もしくは支援が必要になるかもしれないケース (モデルケース、要支援ケース、観察ケース)

## (4) 在宅での適切な養育環境・療育の確保

在宅での適切な養育環境や療育を確保するために、2職種のコーディネーターが、必要な社会サービスの選定や関係機関との連絡調整を行った。

### 【取組】

必要とされる社会サービスの選定は、妊娠、出産、児のNICU入院、児の退院といったその時々  
の生活課題に合わせ、また長期的な視点で行い、家族の意向を確認しながら提示し導入した。

2職種のコーディネーターの役割分担は、医学的ハイリスクケースについては看護師コー  
ディネーター、社会的ハイリスクケースについてはソーシャルワーカーコーディネーターが中  
心となりコーディネートし、互いに連携しながらサービスの選定や関係機関との連絡調整を  
行った。

#### ■医学的ハイリスクケースの場合（例）

サービスの選定	：乳幼児医療費助成、養育医療などの助成・給付 身体障害者手帳、愛の手帳、短期入所などの利用 往診、訪問看護の導入調整 等
連絡調整を行った機関	：保健所・保健センター、訪問看護ステーション、診療所、 療育施設 等

#### ■社会的ハイリスクケースの場合（例）

サービスの選定	：乳幼児医療費助成などの助成・給付、育児支援ヘルパーの利用 子供家庭支援センターの見守り、母子生活支援施設や乳児院入所
連絡調整を行った機関	：保健所・保健センター、子供家庭支援センター 児童相談所、保育所、警察署 等

### 【成果】

- ・サービスの選定では、適切な時期に導入できるようになった。
- ・身体障害者手帳、愛の手帳など手帳を取得することで利用できるサービスもあることから、手帳の習得を以前より早く検討するようになった。
- ・医学的ハイリスクケースの在宅移行で、療育施設に入院中から関わってもらったことで、情報共有方法の改善が必要であることが明らかになり、連携方法の取り決めを行うことができた。
- ・区東部地域の3区の要保護児童対策地域協議会のメンバーとなり、カンファレンスや勉強会を通じて、児童相談所、子供家庭支援センター、保健所等の情報共有がスムーズとなった。

**【課題】**

- ・特に、医学的リスクケースの退院では、院内のコーディネーターのような役割を担う地域のコーディネーターを行う機関が明確でなく、誰と相談すればいいのかわからなかった。
- ・乳幼児の在宅医療を支える資源は高齢者と比べて整備が遅れ不足しており、特に経管栄養・人工呼吸器などを装着して在宅で療養するには、医療ケアをサポートする診療所小児科医師、訪問看護ステーション、家族の休養をサポートするレスパイト（短期入所）、日中預かるデイサービス、通所サービス等が必要である。
- ・長期入院児の中には、施設入所待機中のものがある。
- ・区東部地域の自治体とは、ケース支援を通じた会議の中で、連携のあり方や地域で支える資源の現状や課題を共通認識する必要がある。
- ・医療機関、地域保健という枠をこえた協働によるケアの提供が必要である。



## (5) 在宅療養に向けた医療機器操作及び介護技術の習得（在宅移行訓練支援）

### ア 介護技術の習得及び評価

#### 【取組】

プライマリー看護師が中心になり、退院支援計画書に基づいて、退院後に安心して育児や医療ケアが実施できるように、技術習得や育児力向上のサポートを実施した。具体的には、在宅に向けた進行状況表を活用し、個別の技術チェックシート及び評価表に基づき、個々の家族に合わせて実施、評価を行いながら支援した。支援メンバーは、個々の役割を展開し、プライマリー看護師の支援を実践した。

### イ 在宅で使用する医療機器の選定、調達の調整

#### 【取組】

主に看護師コーディネーターが、保健所・保健センターの保健師や、院内の看護相談室\*6と連携して、在宅療養に必要な医療機種を選定等、家族の意向を取り入れた支援を早期から行った。具体的には、家族とプライマリー看護師に看護相談室を紹介し、時には一緒に話し合いにも加わるなど、調整や支援を行った。

#### \*6 看護相談室

墨東病院看護部の退院調整部門の中の一つの部門。在宅療養に対応した支援部門で、地域の関係機関との連携、医療材料業者との調整をしている。退院後継続的に在宅医療の診療材料を家族に提供する部門となっている。

### ウ 在宅シミュレーションの実施

#### 【概要】

NICU 又は GCU 及び産科病棟に入院中の児と家族を対象に、家族が安全に安心して在宅生活へ移行できるように、退院前に、在宅を想定した生活を体験してもらう在宅シミュレーションを実施した。具体的には、院内の施設を利用して、家族だけで過ごす時間の中で、人工呼吸器の取扱い、吸引、注入等の医療機器の操作や、哺乳や沐浴など、児にとって退院後の日常に必要なケアを行ってもらった。これは、育児技術の評価を行うプログラムの一つとして位置づけて実施した。

#### 【取組】

在宅シミュレーション計画は、支援計画を作成したメンバーが、家族の意向を十分踏まえ作成し、プライマリー看護師が中心となり実施した。

実際には、モデルケース中、3ケースで実施した。うち1ケースは、医学的管理の高いケースであり、小児科と連携した取組により、小児科病棟で在宅シミュレーションを実施することができた。また、医療ケアの少ない、特に育児に不安のあるようなケースでは、産科病棟の施設を利用して、育児トレーニングを中心とした在宅シミュレーションを行った。家族だけで過ごすことから、周りに遠慮なく児に優しい言葉かけができたり、親子で川の字になって寝ることができるなど、やっと家族になったという家族の実感や喜びが伝わる状況が見られた。在宅シミュレーションは、家族だけで実施することを基本としているが、何か困ったことがあった場合には、スタッフが駆けつけ支援できるため、家族は、緊張しながらも安心して取り組むことができた。

なお、院内では、対象者の決定、実施の手順、留意事項、実施後の評価などを記載した在宅シミュレーションマニュアルを作成した（後述の周産期支援室マニュアルの中に記載されている）。



### 【成果】

- ・在宅シミュレーションを通じて、家族の子供への愛着形成の促進が認められ、家族の退院への意欲と自信に繋がった。
- ・小児科と連携して小児科病棟で在宅シミュレーションが実施できた。退院前に小児科に児や家族を知っておいてもらうことは、退院後の病状悪化時の入院受け入れが円滑になると考えられた。

### 【課題】

- ・これまでは感染症の持ち込みのリスクが高いことから、NICU 又は GCU 入院中の外泊はしていなかった。重症児を院内の在宅シミュレーションのみで退院させることは、退院後の環境変化による児の病状変化や、それに対する家族の養育力の評価等ができないまま退院させることになる。そのため、感染症の持ち込みをコントロールできる専用病床を整備し外泊ができるよう、改善が必要である。
- ・小児科病棟とは、退院支援において定期的に話し合い互いに業務内容を理解し、役割を明確にして連携を推進していく必要がある。

## 4. 院内の新生児科と産科・小児科、地域の小児在宅診療所や療育施設等との連携

### (1) 院内の新生児科と産科、小児科との連携

#### ア 院内の産科との連携

##### 【取組】

産科に初診となる全ての妊婦の情報は、スクリーニングシート（母性）を用いてスクリーニングされ、産科医師もその診察の段階でリスク情報を確認した。毎週1回のカンファレンスでは、産科医師と新生児科医師、助産師、看護師、2職種のコーディネーターが集まり、出産前・分娩時・退院前の各段階での医学的・社会的リスクの情報共有と支援方針の確認、計画書の作成、支援後の振り返りなどを行った。

##### 【成果】

- ・産科と協働した取組みにより、周産期母子医療センター全体で情報共有が図られた。
- ・産科と新生児科の医師同士で支援方針の協議、確認ができた。
- ・産科の早期から情報共有できたことで、早期支援が可能となった。

##### 【課題】

- ・退院後の家族を長期的にフォローアップするための情報共有が必要であった。

#### イ 院内の小児科との連携

##### 【概要】

医学的ハイリスクケースでは、院内の小児科医師が、GCU入院中の児や家族に関わり、児の病状や家族の状況、退院後の医学的管理などの情報共有を行った。

##### 【取組】

院内の小児科の中に、NICU長期入院児退院移行担当医師を決め、退院の1か月前より退院支援に関わる情報共有を行い、ケースによっては小児科へ一度転棟し在宅シミュレーションを実施し退院した。また、児の病状悪化時の小児科への緊急入院の確約などができた。

##### 【成果】

- ・新生児科と小児科とが協働して情報共有や在宅シミュレーションを行うことができた。
- ・退院後は再びGCUへ戻れないことから、緊急入院時の小児科対応の確約は精神的な支えや安心感となった。
- ・小児科の視点から見た在宅移行の課題が得られ参考になった。

##### 【課題】

- ・小児科からの関わりは、新生児科に比べ短期間であるため、情報共有などの難しさもあった。
- ・小児科病棟は季節により感染症罹患児が多く、GCUから小児病棟転棟は感染症罹患の危険がある。在宅移行のための中間病床をどこに設置するか課題がある。

## (2) 地域の小児在宅診療所との連携

特に、医学的ハイリスクケースは、退院後の医学的管理の必要性から、地域の診療所小児科医師に見の入院中から協働して関わり支援してもらうことで、退院後に必要な在宅医療等の体制を円滑に準備することができた。

### 【取組】

院内で毎月1回、小児在宅診療所の医師、看護師に参加してもらい、退院調整会議を開催した。在宅側からの視点や助言を取り入れ、NICU入院中の早期から退院準備や支援を行った。家族の在宅医療への理解と安心を得ることができた。

### 【成果】

- ・医学的ハイリスクケースでは、地域でかかりつけ医師を確保することが困難であることが多いが、当院の管内に小児在宅医療を専門とする診療所が開設されたことにより、退院が促進された。
- ・家族の退院への意欲が高まり、医学的ハイリスクケースの退院が促進された。

### 【課題】

- ・医学的ハイリスクケースを診る小児在宅診療所は非常に少ない。

### (3) 地域の療育施設との連携

医学的ハイリスクケースでは、退院後に家族の労力の一時負担軽減のために、短期入所等の利用が必要であった。療育施設の短期入所を入院中から確約して退院できることで、家族の精神的負担の軽減、退院に向けた気持ちの促進に繋がると考え、療育施設との連携調整を行った。

#### 【取組】

モデルケースの退院支援では、療育施設と話し合いをする中で、短期入所は入院中から保障されるものではないことがわかった。そのため、退院後に療育施設を利用する予定の児については入院中から、院内のコーディネーターと療育施設のソーシャルワーカーが連絡を取り合い、情報を共有することで、療育施設での受入が円滑に進むように考え取り組んだ。お互いの施設の相互訪問と、多職種を含めた合同会議を開催する中で、より迅速で効果的な連携方法を検討し試行した。

具体的には、モデルケースにおいて、入院中に療育施設の外来を受診し、児の情報を共有してもらい、療育施設の受入体制を検討してもらい、退院後、すぐに短期入所を申込み、最短で利用できる状況を確保することができた。

#### 【成果】

- ・療育施設と周産期母子医療センターとが互いの施設を訪問し話を聞くことで、施設の実情や体制などを理解することができた。
- ・退院前の早期から、療育施設とは、情報共有し協働して退院支援に取り組む体制ができた。
- ・短期入所を退院後に迅速に利用できるような、療育施設との連携や協働した支援の仕組みを作ることができた。

#### 【課題】

- ・療育施設入所者の重症化が進んでおり、新たに、人工呼吸器などの医療ケアが必要な乳幼児を受け入れることが難しい現状がある。
- ・退院児が必ずしも区東部地域ではないため、遠方のケースについての課題が残る。

## 5. 在宅移行後の児の療養や家族を支える取組

### (1) 在宅療養中の家族の介護負担の一時支援

退院後は家族が中心となり児の介護を継続しなければならない。在宅療養を継続していくために、多くの支援が必要であることはもちろんであるが、家族自身が介護に疲れて倒れてしまうことがないように、また、家族の病気、冠婚葬祭、兄弟の行事への参加など、個々の事情に合わせて、療育施設の短期入所などの利用が必要であった。特に、乳幼児で医学的ハイリスクケースの場合には、環境変化による児の病状変化もあるので、家族はそれらにも気を配りながら、介護を頑張っていることも多い。退院後の早期に、短期入所などを利用できることが、在宅移行後の家族を支えるためには重要であった。

#### ア 療育施設での短期入所

##### 【取組】

退院後早期の短期入所の利用は、特に乳幼児で医学的に重要度が高く、病状が変化しやすい場合には難しい状況があった。しかし、今回は、合同カンファレンスなどの開催などを通して、児や家族の状況やお互いの施設の現状の情報共有が図られたことにより、このモデルケースにおいては、在宅移行後、円滑な短期入所の利用が可能となった。

##### 【成果】

- ・医学的ハイリスクモデルケースでは、入院中に療育施設の外来を受診し、施設に児や家族の状況を把握してもらったため、退院後すぐに利用申請を行うことができ、2週間後に短期入所を利用できた。
- ・家族の介護疲労がでやすい退院後の早期に利用できたことは家族にとって良かった。
- ・短期入所の機会は、退院後の早期に、児の病状や発達・発育や家族の養育力など、療育施設スタッフの多角的な視点で評価してもらう場になった。
- ・医学的ハイリスクケースの短期入所の実施を通じて、連携の課題なども明らかにできた。

##### 【課題】

- ・退院後早期の短期入所の利用については、入院中から準備する必要がある。

## イ 周産期母子医療センターでの短期入院（レスパイト）

### 【取組】

医学的管理の必要な乳幼児の短期入所の利用は難しい現状から、病院での短期入院を検討した。周産期母子医療センターをはじめ病院において、レスパイト目的の短期入院を標榜しているところはなかった。

退院後に GCU へ戻ることは感染症を持ち込むリスクもあり、実際には、院内の小児科の協力のもと、院内小児科での受入の検討を行った。実際には、短期入院まではできなかった。

NICU 入院児は、退院後も、定期的な医学管理、外来発達・発育フォローなど退院後も周産期母子医療センターで継続的に関わることが多いため、元の NICU 施設小児科でレスパイト目的の短期入院ができることは、家族にとっては精神的安心に繋がる側面もあると考えられた。

### 【成果】

- ・退院支援を促進するためには早急にレスパイト先を確保する必要があることが認識できた。
- ・周産期母子医療センターが、家族の介護負担の一時支援のための一つの選択肢となると考えられた。

### 【課題】

- ・レスパイト目的の短期入院の受け入れには、院内の小児科の理解と協力が必要である。
- ・退院等の環境変化は、医学的に重症度の高い乳幼児の病状変化に繋がりがやすいため、退院後早期のレスパイトのあり方については、個別に慎重に検討する必要がある。



## (2) 児の病状急変時の緊急入院

特に、医学的管理が必要な乳幼児の場合、生活環境の変化や、軽い風邪の罹患などにより、現疾患の悪化や合併症もしくは感染症を併発しやすい。退院条件として、重篤化した場合に緊急入院できる小児科病床を確保する必要があったため、ケースの退院支援を通して取り組んだ。

### 【取組】

緊急入院先の病床確保は大きな課題であったため、院内の小児科の協力を得て、急変時には全て入院を受ける体制を、退院時に確約することができた。

### 【成果】

- ・退院した医学的ハイリスクモデルケースの全例が、院内の小児科に緊急入院できた。
- ・NICUを退院した児で医学的管理が必要なケースは、院内の小児科へ緊急入院できた。
- ・緊急入院後は、元の小児在宅診療所医師に繋げ地域へ戻すことができた。

### 【課題】

- ・小児在宅診療所医師が不足している地域もあることから、緊急入院を受けても地域へ戻すことができなくなる場合も想定された。受入にあたって、地域の小児在宅診療所などが確約されていることも、周産期母子医療センターでの緊急入院受入の促進に繋がると考えられた。
- ・特に、気管切開や人工呼吸器を使用している重症児の急変時の受け入れ体制の整備が必須である。

## 6. その他の取組

### (1) 周産期支援室マニュアルの作成

在宅移行が望ましい NICU 入院児を対象に、一人ひとりの児に相応しい療育・療養環境を踏まえて、在宅への移行支援及び在宅移行後の継続した支援を実施し、医療ケアが必要な入院児の円滑な退院に向けた支援体制の確保を図る目的で、モデル事業に関わるメンバーを中心に周産期支援部門を院内で位置づけた。

周産期支援部門の看護師が中心となり、児の入院直後あるいは妊娠中から早期支援を行い、院内におけるサポート体制と地域におけるサポート体制の連携したシステムを構築するために、院内のマニュアルを作成した。この周産期支援室マニュアルでは、周産期支援指針として基本的な考え方を定めるとともに、チーム活動における支援のあり方やスクリーニング、カンファレンス、在宅シミュレーション等が盛り込まれている。モデル事業に取り組み2年間の中で改訂を重ね、現在のシステムを構築した（図 22）。

NICU入院児支援・周産期支援室マニュアルの概要	
1	東京都立墨東病院 周産期支援指針
2	周産期支援スクリーニングシート運用について
3	退院支援プロセス各職種の役割について
4	カンファレンス・家庭訪問に関する役割機能について
5	NICU入院児支援活動による効果と評価指標について
6	情報と評価シート（母性用・新生児用）
7	退院支援計画書
8	在宅に向けた進行状況表
9	在宅シミュレーションについて
10	NICU入院児支援コーディネーター（看護師）業務規程
11	NICU入院児支援コーディネーター（看護師）日勤業務
12	NICU入院児支援コーディネーター（看護師）夜勤業務
13	書類関係の流れについて
14	モデル事業について

出典：墨東病院看護部周産期支援室作成（平成 23 年 3 月 31 日）

図 22 周産期支援室マニュアル 目次より抜粋

## (2) NICU・GCU 病棟への保育士の導入

NICU 又は GCU に入院している児の兄弟がいる場合、家族が頻繁に面会に来られない、退院準備が進まないなど、入院児への愛着形成が阻害されることが多く見られた。そのため、兄弟がいても母親が児に面会に来ることができる環境を整備することを目的に、NICU・GCU 病棟へ保育士の導入を試みた。

### 【取組】

週1回の面会時間に病棟保育士1名を配置し、GCUとガラスで仕切られた外の部屋を保育室として整備し、親子ともに互いの状況が見えるようにして託児を行った。託児の子供の年齢制限はなく、年齢に応じた保育を実施した。また、保育士の視点から、親子関係が育まれる場、児や兄弟が育つ場として、季節の飾付など保育室の環境整備や母や児への声かけなど実施した。さらに、兄弟の預かり保育のない時には、長期入院児のベットサイドへ出向き、児や家族と一緒に月齢にあった遊びを行うなど、児の成長発達を促す関わりを行った。

### 【成果】

- ・毎週数名の子供の保育を行い、母親がゆっくりと児の面会や退院準備に取り組むことができた。
- ・NICU・GCU 病棟の季節の飾付や年中行事など、保育士の視点から環境整備に工夫したことで、病棟が医療だけでなく、子どもが育つ場となった。そのことは、長期入院児をもつ家族の精神的支援にも繋がった。
- ・長期入院児に情操豊かな関わりをしたことにより、児の豊かな表情が引き出された。また、その場面と一緒に体験した家族の育児への意欲を引き出した。

### 【課題】

- ・託児だけでなく、保育の専門性から長期入院児へ関わることも有効だったことから、保育士の退院支援における取組みを増やす必要がある。

### (3) 早期リハビリテーションの導入と療育施設への円滑な移行

NICUに長期入院となる児は、先天性の疾患や脳性麻痺などにより理学療法（以下、リハビリテーションという）を必要としている児が多い。特に、超低出生体重児では、脳性麻痺ではなくても、発達過程においてリハビリテーションを必要とする。すなわち、NICU入院児は、入院中の早期から退院後まで、継続してリハビリテーションを受けることが大切である。しかし、周産期母子医療センターにおいては、乳幼児を対象としたリハビリテーションを実施する体制は殆ど無いのが現状である。そのため、NICU退院後も早期からリハビリテーションを受けることができる体制づくりを行った。

#### 【取組】

NICU退院後にリハビリテーションを必要とし、かつ、児の年齢が低いために療育施設等でのリハビリ通園には体力的には難しいようなケースを中心に、毎週1回、新生児科外来にて、理学療法士によるリハビリテーションを行った。毎月、20～25名の実施があった。乳幼児を対象としたリハビリテーションを実施する機関は少ないのが現状であるが、中には、外来リハビリを継続する中で、理学療法士同士のネットワークによって、地域の身近なりハビリ実施機関へ紹介することができたケースもあった。

理学療法士は、外来以外にも、21トリソミーなどの染色体異常を持つ児や家族（同じ疾患の児を持つ家族）を対象とした情報交換の場を院内にて作り、月1回、在宅生活への支援を行った。

#### 【成果】

- ・抱き方、飲ませ方の支援などにより、家族の育児意欲や自信に繋がった。
- ・座る姿勢、立つ練習、手を使う練習など、児の成長発達に繋がった。
- ・住宅環境についての助言を受けることができた。
- ・乳幼児に早期からリハビリテーションを行う地域の育成室等へ円滑に繋げることができた。

#### 【課題】

- ・乳幼児の早期リハビリテーションを行う施設が限られている。
- ・NICUを退院した乳幼児をみることが出来る理学療法士が少ない。
- ・実施の要望は多かったが、理学療法士の配置が週1回と限られていたため十分には実施できなかった。
- ・入院中の児へのベットサイドでの早期リハビリテーションの導入が必要である。

## (4) NICU に入院した子供を持つ家族を中心とした家族同士の集まり

新生児科ではNICU開設時より「育自（児）サポートネットワーク」と銘打ったNICUを退院した親子と医療スタッフによる互助支援活動をしている。その活動の一環として、毎月、「おたまじゃくしの会」、「テーマを決めた分科会」、「同窓会」を開催しており、NICUに入院された家族を対象とした機関紙も年3回発行している。

それらの活動をより充実したものにするために、活動場所の環境整備や会を拡大するなどの取組を行い、より充実した活動を目指した。

### 【取組】

#### ア おたまじゃくしの会

NICUに入院した経験を有する親子が退院後に、毎月1回、新生児科外来プレイルームで自由に集い、子供たちを遊ばせながら歓談できる場を提供した。

毎回10～20組の親子が参加した。先輩たち親子も参加するため、参考となる話も多く聞くことができる。NICU入院中の子供を持つ母親の参加や、都内の他のNICU施設出身の親子が参加することもあった。

#### イ テーマを決めた分科会

22年度は「地域との連携」をテーマにして2回実施した。28週未満で生まれた3歳未満の子供たちと家族、小児科診療所医師、保健師、他院NICU医療スタッフ、療育施設医師など多くの職種が参加し、自己紹介と歓談、子供たちと一緒にリトミック\*7などを楽しんだ。参加者は託児ボランティアも含めて70人を超えた。

23年度は「脳性麻痺をもつ子ども」をテーマとして1回実施した。小学生の子供を持つ先輩家族による報告、神経外来医師による講演と質疑応答などと同時に、ボランティアスタッフによる託児も行った。25家族の参加があった。

\*7 リトミック

からだ全体、五感すべてを使い、音感・リズム感を育てていく音楽教育

#### ウ 同窓会

23年度に、1,000g未満で出生した子供たちのうち就学を控えた6歳児と小学一年生である7歳児を対象とし1回実施した。どちらの学年にも脳性麻痺、重度視力障害、聴覚障害などの障害を持つ子供たちがいたが、1年先輩の家族の話聞いたことが入学を控えた両親には力強いメッセージとなり、歓談の時間が過ぎても話が終わらないほどに盛況であった。参加者はスタッフを含めて70名であった。

#### エ 18トリソミー写真展

22年度1回、23年度1回、院内のNICU出身の児や家族が中心となり、写真展を開催した。海外在住の2人を加え全国の18トリソミー（染色体異常、重度の知的障害と身体障害を併い在宅医療が必要）の子供を持つ84家族からの写真出展があった。



**【成果】**

- ・おたまじゃくしの会は、16年以上継続しているので、先輩である母親が、年齢の高い子供の相談から、乳幼児を持つ母親の心配ごとまで、幅広く相談に応じることができた。
- ・支援を受けに参加していた母親が、いつの間にか自分が支援する立場になり、母親の自信となっている。

**【課題】**

- ・児の疾患や家庭の抱えている問題が違うために、家族が中心になってこのような家族の会を開催することは難しい。
- ・誰もが参加しやすいような支援を考えて開催することが必要である。