

第5章 NPO 法人 Ohana の取組と検証

Ohana は、スタッフ全員が NICU の看護師経験を持った訪問看護師であり、NICU を退院した児に必要とされる地域支援の事業を行っている。NPO 法人である Ohana のモデル事業への参画の仕方については、これまで Ohana が訪問看護に取り組んできた中で感じていた問題意識をもとに検討した。

Ohana が感じていた問題意識とは、①病院と地域の連携が不足していること、②退院後の家族の生活や児の成長発達を意識した早期支援が行われていないこと の二点であった。

これらをもとに、墨東病院と協働しながら、病院と地域との連携や病院における支援の中で足りない部分を補う、というスタンスで事業に取り組むこととした(図 23)。

1. モデル事業の取組

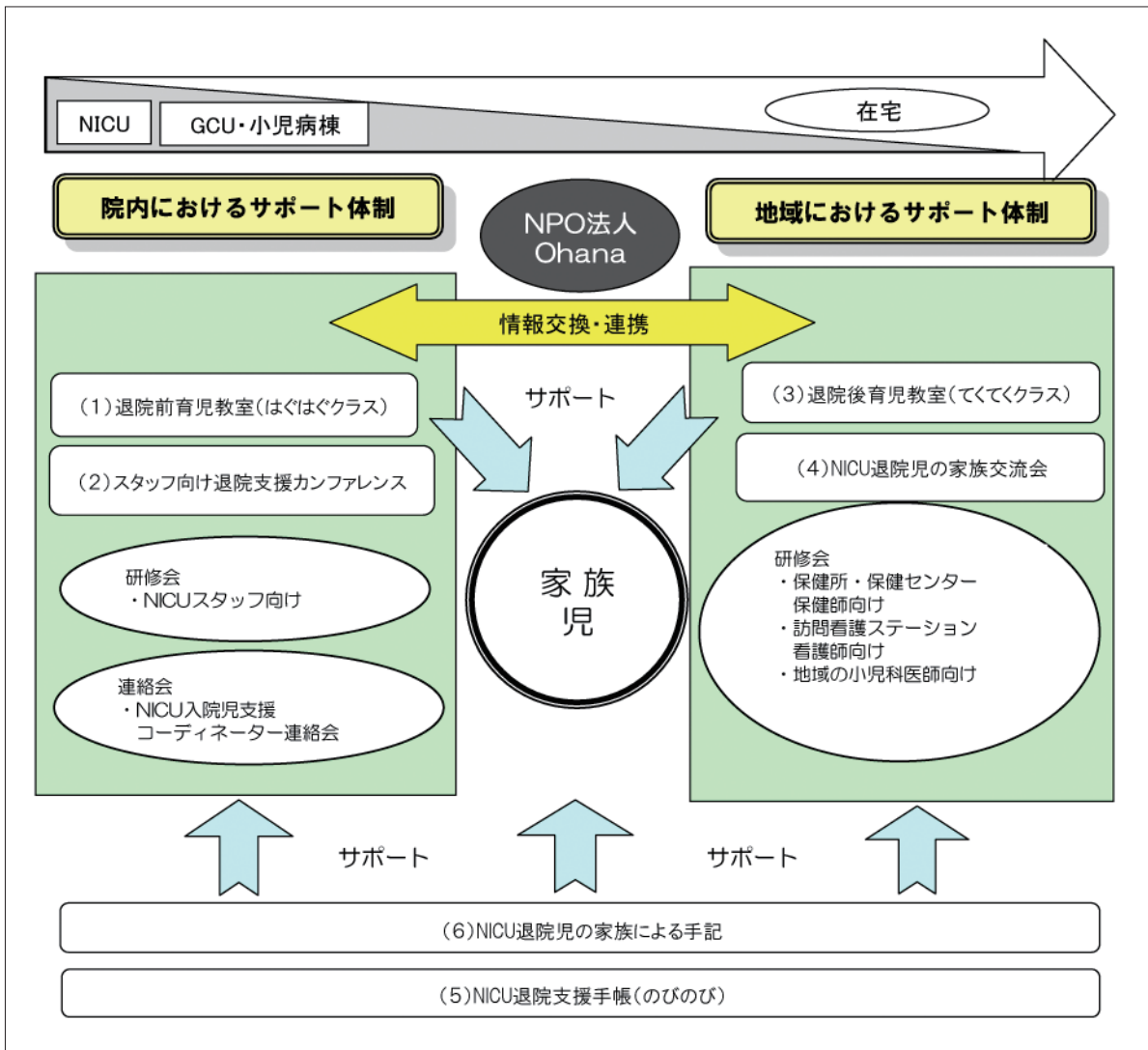


図 23 NPO 法人 Ohana の取組の概要 (イメージ図)

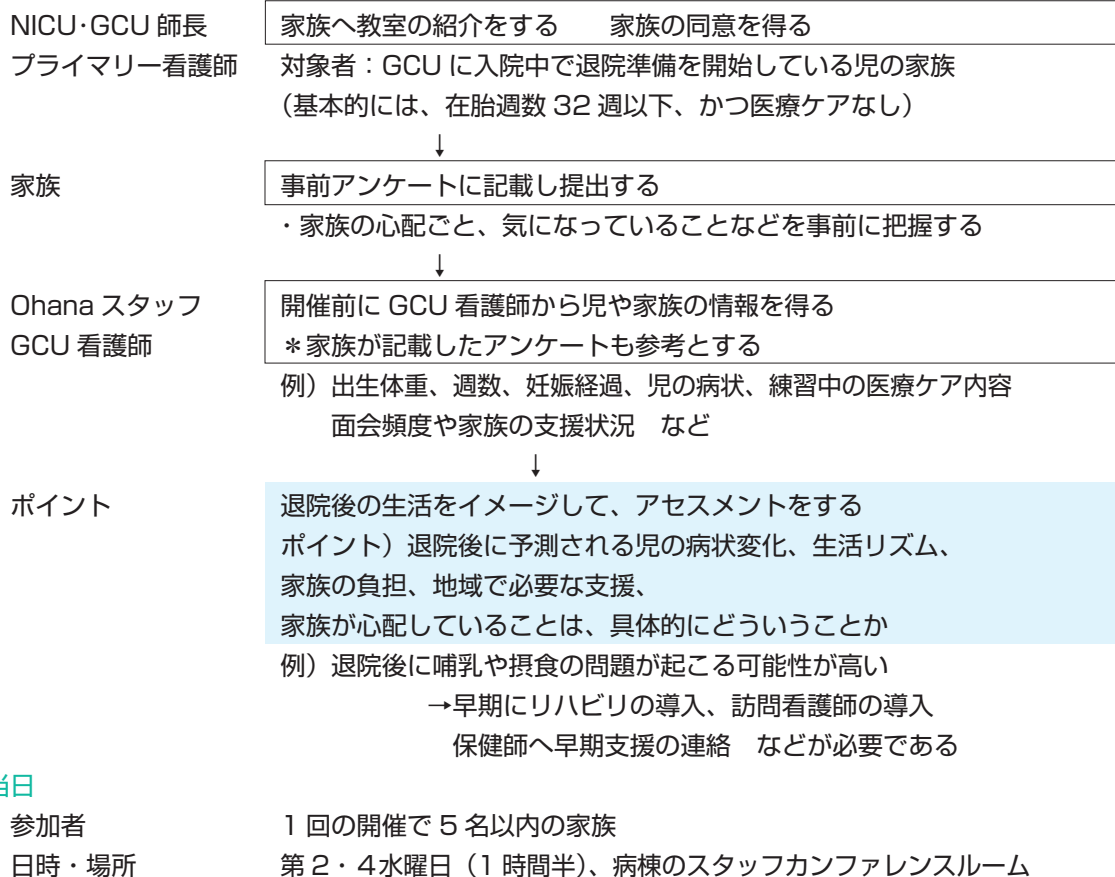
(1) 退院前育児教室（はぐはぐクラス）

退院後は、家族が中心となり児を迎えた新たな生活を作っていくことから、早期から退院に向けた具体的な準備をしていくことが必要である。

そのため、退院日が近い家族数人に集ってもらい、退院後の在宅での生活をイメージできるような育児指導や、退院後に困ったことがあった場合に相談できる地域の関係機関の情報提供など、グループワークを取り入れた教室を実施した。当日は、家族が今の気持ちをできるだけ出せるよう話しやすい雰囲気づくりに配慮した。また家族から今の気持ちや退院後に心配なこと、気になることなどを話してもらい、Ohana のスタッフの助言や他の家族の話を参考にしながら、参加した家族自身が退院準備期間の中で、退院後の生活に必要なことや児に必要なとされる地域支援を理解できるよう整理した。また、終了後に情報提供書を作成し、プライマリー看護師に家族の訴えや指導内容の報告が必要と判断された場合には、教室参加後も、引き続き相談、支援ができる仕組みを作った。

【取組】

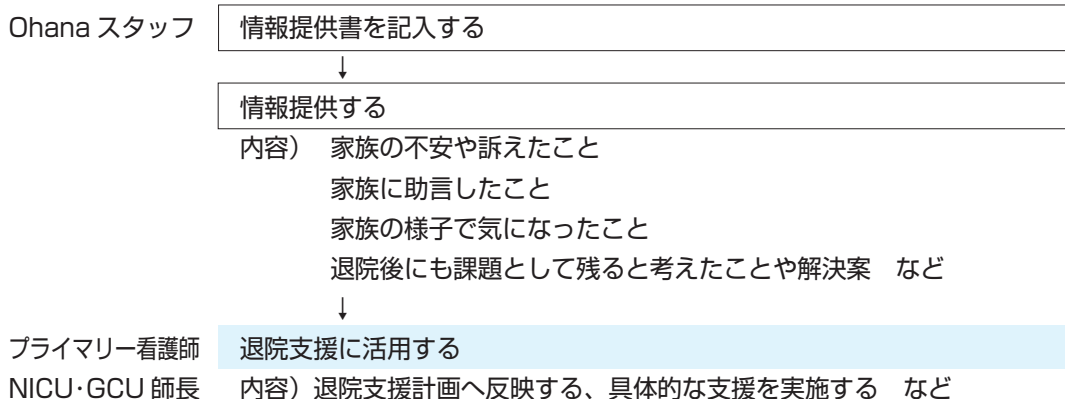
退院前育児教室の流れ 準備



(前ページからの続き)

- プログラム
- ① NICU 入院児の成長、退院後の生活について
ビデオ（記録映像）を見る
 - ・在胎週数 22 週 410g 児（医療ケアなし）の 3 歳までの成長
 - ・在胎週数 28 週 890g 児（医療ケアあり）の 2 歳までの成長 など
 - ②グループワーク
家族同士の自己紹介
 - ③講義
児の成長発達、退院後の生活や育児
地域の支援機関や制度の紹介
(保健所・保健センター保健師や訪問看護など)

終了後



【実績】

平成 22 年度は、NICU・GCU 師長やスタッフと、教室の開催方法・内容など検討、試行を重ね、23 年度から本格的に実施した。

	平成 22 年度	平成 23 年度
開催日	平成 22 年 10 月	平成 23 年 6 月～平成 24 年 3 月
開催回数	1 回	15 回
参加者数（延）	3 名	52 名

【家族の感想】

- 退院後のイメージができて良かった。
- 退院後の生活で気をつけることが具体的にわかった。
- NICU を退院した赤ちゃんの成長がわかり感動し勇気をもらった。
- 具体的な助言や同じ体験をもつ家族との交流は、安心や自信につながった。
- このような情報交換や交流のできる場を定期的に病院や地域でやってほしい。

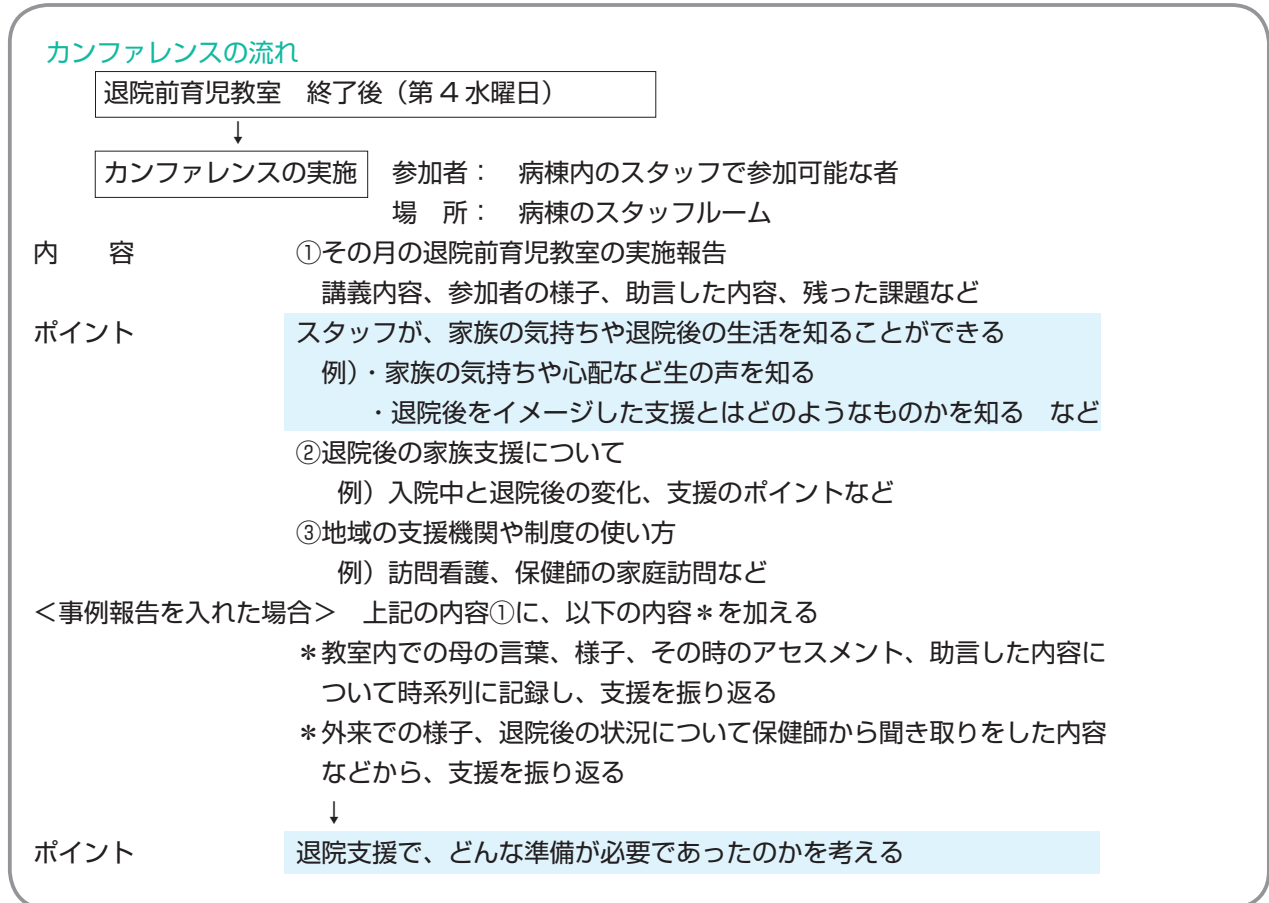
【NICU・GCU スタッフの感想】

- 退院に関して、家族が抱く不安や心配なことが具体的にわかった。
- 退院後の児や家族の状況をイメージする機会になった。
- GCU における退院支援に役に立つ内容であった。
- 院内で使用している退院指導パンフレットの見直しをしてみたいと思った。

(2) スタッフ向け退院支援カンファレンス

退院支援を行うスタッフ全員が、児や家族の退院後の生活を踏まえたアセスメントを行い、必要な支援を実施できるように、院内におけるスタッフ勉強会として実施した。具体的には、①退院後をイメージできる ②地域の支援機関の情報を知り活用できる ③院内における退院支援の体制を作ることを目標に取り組んだ。

【取組】



【実績】

	平成 23 年度
開 催 日	平成 23 年 6 月～平成 24 年 3 月
開 催 回 数	1 回/月
参加者数 (延)	1 回の開催時に約 10 名

【NICU・GCU スタッフの感想】

- 院内で知る児や家族の状況と退院後の状況では差があることがわかった。
- 訪問看護ステーションの看護師や地域の保健師の訪問について知ることができた。
- 外来での児や家族の情報を得ることで、退院支援の振り返ることができることがわかった。

(3) 退院後育児教室（てくてくクラス）

NICU を退院した児は、病院のフォローアップ外来で一定期間、医師や理学療法士、臨床心理士などが関わり、専門的に成長発達フォローをしている。しかし、日々の生活の中では、家族は児の成長発達に心配や不安を抱えながら育児を行っている。そのため、NICU 退院児を持つ家族が気軽に参加できる育児教室を身近な地域の場で実施し、疾病・発達の遅れなどの早期発見の場にするとともに、家族同士の交流により不安や心配が解消され、育児に自信を持つことができることを目指した。

【取組】

対象者	・ 在胎週数 32 週以下、又は出生体重 1,500g 未満の児で、かつ、退院後 1 か月から 6 か月児とその家族。 ・ 保健師が、教室参加が有用と判断した児とその家族（参加を希望した者）
定員	1 クラス 5 家族程度
実施時間	各開催 2 時間
内容	①身体測定 ②個別による相談指導 例) 修正月齢での成長発達について、授乳や離乳食の指導、予防接種の相談、療育支援の情報提供など ③理学療法士による相談指導 例) 赤ちゃんの抱き方、遊び方の指導 ④家族間の交流 NICU 入院時から退院までの振り返り
ポイント	家族が不安や気持ちを十分に話せる雰囲気を作る

【実績】

	平成 22 年度	平成 23 年度
開催日	平成 22 年 7 月 平成 23 年 2 月	平成 23 年 7 月・11 月 平成 24 年 3 月
開催回数	2 回	3 回
参加者数	27 名 (13 家族)	34 名 (15 家族)

【家族の感想】

- 家族同士で、NICU 入院中を振り返ることなどができ、交流がとても楽しかった。
- NICU 入院時のことを思いだし成長の喜びをかみ締めた。
- 乳幼児の療育が少ないので理学療法士の「抱っこの仕方」「泣いた時の抱き方」「家での運動の仕方」などがとても参考になった。
- 身近な地域での交流会や発達を見てくれる場がほしい。
- 早期に発達支援が必要なことがわかり良かった。

(4) NICU 退院児の家族交流会

NICU を退院した児を持つ家族は、児の成長発達や感染症に罹患する不安から外出や他者との交流を避けるため、子育てが孤立しやすい環境にある。また、妊娠途中の突然の出産、NICU 入院、“死”を意識するような経験や長期入院による母子分離、退院後も“入院中に起こしていた無呼吸が起らないか”と一晩中心配をするなどの普通の育児にはない経験をしているため、児の受け入れに対して特別な思いを抱えていることが多い。そのため、同じ経験を持つ家族同士で交流し情報交換を行うなど、育児に自信を持ち楽しめる場を身近な地域で作ることが必要であると考え実施した。

【取組】

対象者	NICU を退院した児と家族（就学前まで）
定員	1クラス 20 家族程度
周知	都内周産期母子医療センター NICU へ周知 NPO 法人 Ohana のホームページ上での募集 cocobaby 訪問看護（Ohana）利用者への案内
実施時間	各開催 2 時間 *両親での参加が可能なように休日に企画した *医療ケアの必要な児の参加もあるため、緊急非常時を想定した準備を実施
内容	①～③を取り入れながら④を実施 ①スヌーズレン（光・音など感覚刺激の遊び） ②理学療法士による運動あそび、体操 ③保育士によるパネルシアター、お花見、工作 ④家族の交流会
ポイント	・参加する児の月齢、基礎疾患、発育発達などに配慮し、発達や医療ケアなど共通点のある家族同士での交流を図れるようにする ・児の反応を見ながら家族で楽しめるプログラムにする ・家族が児の成長を感じられるようにする

【実績】

	平成 22 年度	平成 23 年度
開催日	平成 22 年 8 月 平成 23 年 2 月	平成 23 年 4 月・10 月
開催回数	1 回	2 回
参加者数	48 名（18 家族）	114 名（36 家族）

【家族の感想】

- 他の児や家族と交流を深めることができ楽しかった。
- わが子の成長の発見や、他の家族やスタッフとお互いに成長を喜びあえた。
- 発達を促す方法や必要な情報を取り入れることができた。

(5) NICU 退院支援手帳の作成

退院後は、フォローアップ外来への通院や、保健師による家庭訪問、必要時には訪問看護やリハビリ、病状悪化による受診や入退院など、地域の様々な機関が関わることが多い。特に、児が環境に慣れ生活リズムが確立するまでの退院後1年位は、家族へのきめ細やかな相談支援が求められる。そのため、関わる機関が異なっても児の状況が一目でわかり、情報の共有、継続的な支援が可能になるよう、児の入院中から退院後までの経過を記入し情報ツールとして使用することのできる手帳を作成した。家族が育児を楽しみながら記入することにより、「児の成長記録(日記)」としても使えるようデザインなどを工夫した。

【取組】

対象作成の経過

平成 22 年	10 月	資料収集・検討開始
平成 23 年	1 ~ 7 月	手帳の目的、対象、項目案決定、作成スケジュール検討
平成 23 年	8 ~ 11 月	ヒアリングの実施、仮サンプル完成
	12 月	NICU 退院支援体制検討会委員を交えた検討会実施 修正、印刷へ
平成 24 年	2 月	第 2 回 NICU 退院支援体制検討会にて意見をもらい修正
	3 月	最終校正、「NICU 退院支援手帳」完成

ヒアリング 新生児科医師、NICU スタッフ、NICU 退院児の家族、保健師に、内容案や活用について意見や要望を聴取し手帳案に反映した。

ポイント 児や家族に役立つ「情報ツール」の必要性から、以下の視点を入れた視点・それぞれの機関の関わりや児の状況が一目でわかる

- ・病院と地域の支援が継続される
- ・家族が関係機関に児のことを説明する時にサポートできる
- ・家族が記入することで、児のことをもっとよく知ることができる など

仕様等 A 5 版 60 ページ カラー 部数：2,000 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

主な検討内容

項目	意見や工夫した点
対象の決定	・早期支援が必要な児として、1,500 g 未満の極低出生体重児は全数対象とした ・病院と地域が連携して、退院支援ができるように情報を集約した
使い方	・家族が記入することにより、児の病状や成長発達を整理しながら、必要な支援を取り入れることのできるコーディネート力を引き出したいと考えた
コラム	・NICU 退院児の育児について、修正月齢に沿って、具体的な工夫を記載した ・家族が焦らずゆっくり成長を見守れるような文章の工夫を行った

(前ページからの続き)

項目	意見や工夫した点
医療ケア	・医療ケアの必要な児は、後ろの医療ケアのページに記載できるようにした
周産期センターと地域の関係機関の連携	・地域の支援機関に繋がることを、家族自身が意識できるようにした ・フォローアップ外来の担当医に、地域でどのような指導を受けたのかを伝えられるようにした ・家庭訪問した保健師や地域のクリニックの小児科医師に、NICU入院中の経過を理解してもらえるような情報整理の工夫をした
目安表	・予防接種の時期や種類、発達に沿った遊び、栄養や摂食に関するアドバイスなど、家族からの質問が多い内容を取り入れ目安表にした

【作成を通して】

- NICU・GCUスタッフに支の手帳の必要性や使い方を理解してもらうことが必要である。
- 手帳の活用について試行する。

(6) NICU 退院児の家族による手記

NICU に入院、退院した児の成長の姿や、家族の思いを、同じ経験をもつ家族、病院や地域の支援機関のスタッフ、また、多くの方々に知ってもらい、家族や地域の中での交流や今後の支援に役立てることを目的とした。NICU を退院した児とともに在宅生活をしている15家族に、「NICU で過ごしたこと」や「入院中や退院後の気持ち」などを自由に記載してもらった。

【取組】

作成の経過

平成 22 年 8 月	資料収集・検討開始
平成 22 年 9 月	NICU 退院児を持つ家族へ手記作成依頼
	↓
平成 23 年 3 月	手記最終回収
8 月	最終校正、印刷
10 月	「手記」完成
12 月	「手記」発送

工夫したこと

NICU 入院児は、様々な疾患や医療ケア、発育発達の経過や個性（成長発達段階）があることを踏まえ、家族に執筆の協力依頼を行った。

依頼時に現在 NICU に入院している児を持つ家族へのメッセージが伝わるような手記を書いてもらえるように配慮した。

仕様等

A5 版 35 ページ カラー 部数：4,500 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、療育機関、医師会等

【作成等を通して】

- 保健所・保健センターの主催する NICU を退院した児と家族の交流会や保健師の家庭訪問で活用された。
- 家族が、児の疾患や障害など、どのように受け止めているのかなど、家族の受容の段階の見極めが難しく、渡すタイミングによっては、家族が不安になる可能性もある。適切なタイミングで渡す判断が難しい。
- NICU・GCU スタッフが手記を活用できていない可能性がある。

2. 取組の中で気付いたこと

モデル事業への取組の中で、児の疾患や今後の成長・発達に対する予測、また、家族の病状理解や養育力、手技獲得状況について、NICU・GCU スタッフと訪問看護師である Ohana スタッフが行うアセスメントの内容に相違があった。

NICU・GCU スタッフは、在宅ケアの経験のない者がほとんどであるため、NICU でみられる児の状態が、退院後にどのように変化していくのか想像し難いという側面があった。入院中に少し気になる児のサインがあっても、在宅の中でどのように変化していくのか予測が付き難く、退院後の早期から訪問看護を導入する必要性の判断も難しさがあるように感じた。

また、NICU・GCU スタッフは、家族の不安などをゆっくりと聴取する時間が持てないことも多いため、家族の養育力について、面会時等の様子だけで判断してしまい、「退院しても育児をしていけるだろう」と過信してしまう傾向もあった。実際には、退院後のほうが、児の病状変化もあり、それに伴う家族の心配、育児や医療ケアに関する疑問など、不安になる家族も少なくなかった。

以上のことから、訪問看護師などのスタッフが児の入院中から病院を訪問し、NICU・GCU スタッフとともに在宅移行や今後の方向性について検討する機会を持つことにより、適切なアセスメントの実施に繋がると考えた。

家族に必要とされるケアは何であるのか、病院と地域それぞれのスタッフの専門性を活かしたアセスメントや支援を、両者が連携しながら実施できることが望ましい。

医療ケアが必要な重症児に対しては、支援が必要であると判断しやすいが、このように、退院時には特に問題とされず、退院後に家族が育児不安に陥る可能性が想定されるケースが実際には多いと考えられる。そのため、入院中から支援の必要性を適切に見極め、退院準備の段階から、必要なケースには、地域の支援の手を入れることができる院内の取組が重要である。