

第1回NICU退院支援に関するグループインタビューのまとめ

目的

NICUの併設された周産期母子医療センターで高度の専門医療やケアを必要とする乳児は増加傾向にある。

このような中、NICUでの医療やケアを経た後に、子どもや家族が在宅生活に移行する段階で生じる様々な課題、スムーズな退院を実現するために必要な支援を明らかにする。

方法

形式
フォーカスグループインタビュー

メンバー
NICUの入院から在宅での療養生活まで、それぞれの立場で子どもや家族に関わり実際にケアを提供している医療スタッフ

- ・NICU入院中の医療に関わる医師、看護師
- ・地域で開業している小児科医
- ・訪問看護を提供している看護師
- ・保健所の保健師
- ・障害児の療育医療機関の医師

計 8名

グループインタビューで出された課題

退院し在宅療養ができる状況であるかどうかを見極めることが必要であることが指摘

「退院の条件」

退院後の在宅生活にスムーズに移行するために入院中から準備しておくことが望ましい

「退院準備」

在宅での生活を継続させるために必要とされる条件

「在宅生活の条件」

結果及び考察

項目	内容	具体策
退院の条件	・医療的重症度と家族の力のバランス	退院の条件が整っていることを見極め、確認した上で在宅生活に移行することが必要
	・退院後のサポート体制	
退院準備	・ケアプランの再構築	関係者カンファレンス 入院中から在宅のスタッフ(訪問看護師等)が関わる 退院コーディネーター(仮称)による準備 入院中からの在宅生活のシミュレーション(病院に家族が泊まる、試験外泊) 退院直後に関わる体制(病棟スタッフの訪問、訪問看護が回数制限なく関わる) ピアによるサポート(在宅生活を送っている家族の話聞く) NICUを一度退院し、地域の病院への再入院による退院準備 NICUスタッフの研修
	・サポート体制の整備	
	・家族の準備 在宅生活のイメージを持つ 心の準備や環境の整備	
在宅生活の条件	・家族のサポート	介護負担軽減のためのサポート 短期入所・デイケア・留守番看護・ホームヘルプサービス・外出サポート 住宅改修、手帳の活用等 心理的サポート 交流会・ピアカウンセリング・相談できる場の確保 地域の医療・ケア体制 地域の主治医・訪問看護・入院ベッドの確保 地域ケア全体のコーディネーター(介護保険のケアマネのようなイメージ、保健師) 福祉サービスや医療に関する情報を提供し適切に使用できること
	・関係機関の連携	

まとめ(座長まとめ)

NICUから在宅生活に移行できるか否かは、子どもの医療的重症度とそれに対応できる家族の力のバランスの問題である。家族の力を強化する上で、様々なサポートは欠かせない条件である。

サポートは入院中早期から、在宅生活を視野に入れた関係者の関わりが早期から必要である。そのためにNICUのスタッフの研修を含めた体制の整備、地域で関わるスタッフ(訪問看護師や保健師等)が入院中から関わることなどが有用である。

退院後の在宅生活では、地域の主治医、訪問看護ステーション、緊急時の入院ベッド、ショートスティやデイサービス等、子どもや家族にとって必要な専門職やサービスが不足していたり、情報そのものが不足していたりする現状があった。入院中あるいは在宅生活を送る上で、これらのサービスを調整するコーディネーターの必要性も指摘された。

家族にとっては専門職のみならず、NICUでの入院治療を経験したり、同じようなケアを必要としていたりする、家族同士の交流も有効である。

今後の長期的な課題としては、将来、在宅生活を支えるための専門職や医療機関、福祉サービスの充実等が図られることが望まれる。当面の課題として、現状ではこれらのサービスがどの程度充足しているのかを確認し、既存のサービスを転換していくことが可能であるのかの検討が必要である。また家族の交流等、すでに取り組みされている内容の充実を図ることも一つの方策である。