

表1. 頭部外傷・頭蓋内出血31名の特徴

		n=31
年齢	0-2 歳	12
	2-5 歳	6
	5-10 歳	2
	10-15 歳	11
性差	男	17
	女	14
受傷原因	痙攣後の転倒	7
	転落外傷	10
	転倒	4
	衝突	3
	接触事故	3
	単独事故	1
	殴打	3
受傷場所	屋外	25
	屋内	4
	不明	2
目撃者の有無	あり	25
	なし	6
CT 所見	皮下血腫	7
	帽状腱膜下血腫	1
	眼窩底骨折	1
	眼瞼浮腫	1
	くも膜下出血	1
	出血性脳梗塞	1
	異常なし	19
転帰	児童相談所介入済	4
	児童相談所介入 (別件)	1
	外来フォロー	8
	外来フォローなし	18

内出血例を抽出することができ、AHTの基本情報を作成することができた。

2歳以下では屋内で転落による事故が多く、特に0歳では6名中4名がベット等より転落であった。乳児は学童児と比較して目撃者がいないことが多い。とりわけ転落は親の危険認識の低さを反映し、ネグレクトの可能性も考慮すべきである。

コメディカルのひとつである放射線技師は、撮像という診療行為の中で患者と接触すること、各診療科を横断的に関わることより、AHTにより留意することでAHTの早期発見する潜在能力があると考ええる。

今回は初療を小児科に限定したパイロット研究である。当センター病院では、脳神経外科や救急診療科が小児頭部外傷を診療する場合もあるため、初療科を拡大した解析が必要になる。今後基本情報の集積を行い、虐待発見の指標を構築していく。

E: 結論

・コメディカルのひとつである放射線技師は、撮像という診療行為の中で患者と接触すること、各診療科を横断的に関わることより、AHTにより留意することでAHTの早期発見する潜在能力があると考ええる。

F: 文献

- ・西本 博、栗原 淳：児童虐待による頭部外傷の現状と問題点. 脳外誌 2004. 13 (12) 822-829.
- ・山崎 麻美 埜中 正博：脳神経外科医が見過ごしてはならない小児虐待による頭部外傷の特徴と治療. 脳外誌 2009. 18 (9) 642-649.
- ・三木 保、原岡 囊：本邦における小児虐待：一脳神経外科医の役割— (特集) 神経外傷治療の最新動向). 脳外誌 2007. 16 (1) 26-35.

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU 及び GCU 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-E: NICU 看護師部門：新生児室勤務のセラピスト・看護師のためのショートコース
（ポジショニング・ハンドリング）研修

研究協力者 宮原 佳奈恵、藤川 紗彩（国際医療研究センター病院 NICU 看護師）

研究要約： NICU・GCU における医療支援にポジショニングやハンドリングに代表されるディベロップメンタルケア（以下 DC）がある。DC は治療やケアをサポートすることや成長・発達を促すために行われている。当院における DC は理学療法士（PT）や作業療法士（OT）ではなく、NICU/GCU で勤務する看護師・助産師が中心となって行っている。今回、理学療法の視点から行うポジショニングやハンドリングについての研修に参加できた。その研修で、NICU での体位交換や良肢位の取り方により、発達段階で異常行動を示すといった発達障害が生じる可能性があるとの報告を聞くことができ、看護師・助産師の DC の重要性について学ぶことができた。今後も児と両親が健やかに暮らせるよう、NICU における看護を追究していきたい。

A： 研修目的

当院 NICU は 28 週からの早産児（主に 1,000g から）や重症新生児仮死、呼吸障害、高ビリルビン血症など高度治療が必要な新生児が多く入院する。極低出生体重児などは 1 ヶ月以上入院が必要となる。当院では新生児の治療や成長・発達の促進目的で、ポジショニングやハンドリングといったディベロップメンタルケア（以下 DC）が行っている。理学療法士（PT）や作業療法士（OT）ではなく、NICU/GCU に勤務する看護師・助産師を中心に行っている。本研修は本来理学療法士を対象に企画されている研修であるが、今回看護師が参加可能であることから、研修に参加することができた。ポジショニングやハンドリングの目的や方法、効果を専門的に再学習することで、今後看護師・助産師が NICU 入院患児に効果的なポジショニングやハンドリングを行えるようになり、家族への育児支援にもつなげることが可能であると考えた。

B：ディベロップメンタルケアの概要

B-1. ディベロップメンタルケアの対象

NICU に入院する全ての児が対象となる。当 NICU は胎内週数 28 週以降、2,300g 未満、新生児疾患を有する児が入室対象となる。中でも、早産・低出生体重児では神経系疾患発生、出生後の低栄養、治療環境からのストレスなど多様な要因により、発達障害が発生する可能性が高

い。正期産児では染色体・先天異常系疾患や低酸素性虚血性脳症により重症心身障害を発症する児も認められる。

B-2. ディベロップメンタルケアの目的

早産・低出生体重児では、出生後の栄養状態の改善、疾患発生の予防や軽減、治療環境の改善などが行われている。また新生児蘇生法の普及、脳低温療法などが展開されてきている。DC はそれらの治療・ケアをサポートするものであり、その枠を超え成長・発達を促すケアでもある。

ケアの目的として、呼吸・循環系の安定、ストレスからの保護、発達の促進がある。呼吸・循環器系の安定やストレスからの保護、疾患発生の予防や軽減に寄与する。

早産児は、出産予定日まで胎内で快適な刺激を受け、自らも自発的な行動をしている胎児と違い、治療やケア上で不快な刺激を受けやすく、鎮静や抑制を余儀なくされるため、脳の成熟が妨げられ、筋骨格の 2 次的な廃用をおこしている可能性が高い。そのため、ディベロップメンタルケアは、児の安静や安楽を提供でき、また、適切な時期に過大なストレスにならないように必要な刺激を与えていくことも可能とする。

B-3. ディベロップメンタルケアの内容

DC には、ポジショニング、ハンドリング、環境調整、ケアパターンの調整、癒しのケア、カ

ンガルーケア、タッチング、哺乳支援、発達支援、ファミリーケアなどが挙げられる。これらのケア内容は、例えば、発達の促進として適切な時期に必要な刺激を与えることや児と親の相互作用を築くこと、家族の育児力を高めるために、ポジショニングやハンドリング、カンガルーケア、タッチング、哺乳支援、発達支援を行うというように目的に沿って行われる。そのため、ポジショニングは、患者の個別性だけではなくその目的により方法が異なってくる。今回の研修ではこれらの中でもポジショニングとハンドリングに焦点を当て行われたものである。

C：ディベロップメンタルケアと虐待

NICUの導入と医療の進歩により低出生体重児や重症新生児仮死、染色体・先天異常系疾患の新生児の生命予後が改善されてきている。しかし、低出生体重児やNICUに入室した経験を持つ児における虐待事例が多くみられるようになった。低出生体重児が被虐待児となるリスクは正常児のおおよそ4倍から6倍程度と推測されている。また、たとえ出生体重が2,500g異常であっても、母子分離が長期にわたる新生児にも、虐待に関して未熟児と同等のリスクがあることが明らかになっている。そして、虐待された未熟児は問題を持たない児は少なく、発育発達の遅れがある児、またたとえ治癒可能であっても何らかの疾患を有し育児困難が予測される例が多いと言われている。

D：参加した研修

- ・児／家族中心アプローチ
- ・長期療育計画への家族援助
- ・ポジショニングとハンドリングの実技練習
- ・症例検討と臨床課題
- ・胎児・早産時行動特性・感覚衝撃機序、正期産児との違い

E：考察

安楽な体位を整えるPositionedというように側臥位や腹臥位の静的肢位を設定することも大切であるが、児が胎外での環境に適應できるようにいう意味を考えたPositioningという児の安定性と自由性を促進するために、良肢位をとるための過程や胎外環境における重力の中で感覚機能や運動機能の発達を促進するためのケアを行うことも大切になるということを学んだ。長期にわた

るポジショニングによって、タオルやコットの端の方に体の一部をつけ、安心する体勢を患児自身がとり続けることにより、発達の段階で異常行動を起こすことがあるということを知った。看護師のケアが児の将来を大きく左右していくということを改めて感じた。より良いケアを行うこと、またそれを家族にも指導することでその後の発達を促進することにつながる。身体的な成長、発達遅延や程度、これから起こりうる障害が虐待の誘因とならないとは限らない。常に最善のケアを追求し、実施していきたい

F：結論

ポジショニングやハンドリングなどのDCは、NICU入院患児の成長・発達を促進するために大切なケアである。より良いケアを効果的に導入することにより、低出生体重児や長期入院患児の運動機能や感覚機能に代表される神経学的予後に大きく影響を与える。出生後、新生児は重力、肺呼吸、環境の影響などを受ける。早産児や新生児仮死による脳への衝撃により神経系の脳の発達が未熟であることから、胎外環境への適應がスムーズに行うことが難しい。これは、乳児期や幼児期にまで影響し、体幹や四肢のバランスがとれないことにより歩行困難、歩き方がぎこちないなどという形で発達遅延や発達障害が現れることがある。そのため、新生児期からそれぞれの患児の特性に応じ、目的に沿った方法でより良いポジショニングやハンドリングを行うことが大切になる。また、家族の育児力を高めるためにも有効である。

NCUスタッフが以上のようなより良いDCを実践することは発達遅延や発達障害を予防するだけではなく、患児と家族の愛着や育児における障害因子を軽減し、虐待予防にもつながっていくといった医療支援が可能であると考えられる。当院でより良いポジショニングやハンドリングを患児に実践していけるよう研修内容を病棟へ還元し、スタッフ全員が同一の知識や技術をもってケアが提供できるよう働きかけていかなければならないと考える。

G：参考・引用文献

- ・木原秀樹：ディベロップメンタルケア；発達ケア。母子保健情報。11(62)。33-37。2010
- ・池田ちづる, 井坂雅行：幼児虐待を防止するために新生児科医ができること；NICUから被虐待児をださないために。日本未熟児新生児学会雑誌。16(1)。91-93。2004

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU 及び GCU 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-F: NICU・GCU における看護師・助産師の医療サービス向上の検討
および専門職間交流の展望に関する報告

研究協力者 鈴木 享子 慈（いつくし）助産院 助産師

研究要旨: NICU・GCU における看護業務は、児と母親およびその家族を対象とし、妊娠期から子育て期^{madeno} 継続ケアである。出生前後の急性期から退院後の適応期までのケアは多種にわたり、NICU・GCU の看護師・助産師だけでは専門性が充分活用できないことに遭遇する。NICU・GCU 退院児の母親が内包する高い育児ストレスを軽減し自己効力感を知覚する要因としては、母乳育児へのスムーズな適応が挙げられる。NICU・GCU 退院児の母親には、急性期から適応期までの具体的な身体ケア、心理・社会的支援が必要である。一方、母乳ケア技術は特化した技術であり、地域の熟練助産師らが習得しており病院内の若手看護師、助産師にはとっては課題である。病院間の垣根を越えてアウトソーシングできる分野と考え、今回、NICU・GCU 外部からの医療専門職による NICU 母乳ケアの可能性を検討した。経験豊富な助産師による母乳ケア講座を開き、若い看護師・助産師に実践指導を行った。今後、これら専門職間交流が講習会だけでなく、NICU 入院中の新生児や母親への母乳ケアが、オープンシステムで実践できるよう検討していく。

A: はじめに

NICU・GCU における看護業務は、児と母親およびその家族を対象とし、妊娠期から子育て期に至る継続ケアである。出生前後の急性期から退院後の適応期までケアは多種にわたり、そこに働く看護師・助産師だけでは専門性が充分活用できないことに遭遇する。一方、地域の助産師には、長い経験から特化した技術を持つものも多い。母乳ケア技術もその中のひとつであり、病院間の垣根を越えてアウトソーシングできる分野と考えている。

今回、出生前後の急性期から退院後の適応期まで、NICU・GCU の看護師、助産師と地域の熟練助産師など外部からの医療専門職による連携する NICU 母乳ケアが可能かについて検討した。

そのはじめとして、経験豊富な助産師による母乳ケア講座を開き、若い看護師・助産師に実践指導を行った。今後、これら専門職間交流が講習会だけでなく、NICU 入院中の新生児や母親にできるよう検討していく。

B: NICU の早産児の母への母乳ケアの可能性

早産児の母親の母乳は、①消化管粘膜透過性を早期に低下させ病原体の侵入を防ぐ、②小腸粘膜上皮の乳頭分解酵素活性を早期に誘導する、③サイトカイン（ECF, TGF- α ）が高値で産後 28 日ま

で持続して腸管を修復する¹⁾、などの点で優れている。さらにスキン・ツ・スキんケア（カンガルー・マザーケア）によって気管支小腸乳房経路を介する母子免疫システムが確立し、常在菌に対する免疫を獲得し、それによって遅発性敗血症のリスクが低下する¹⁾とされている。

一方、早産児の母親は患児が NICU に入院した場合、母子分離や患児の吸綴による乳房の直接刺激がないため、母乳分泌を促すためには、適切な母乳搾乳ケアの提供が欠かせない。しかしながら、産科・NICU に十分な経験を持った助産師が常時勤務しているとは限らない。

そこで、母乳ケアに十分な経験を持った院外の助産師による NICU 助産師・看護師への教育によって確実に分娩前後のケアが提供できるマンパワーを育成することや、NICU に入院した早産児の母親へのオープンシステムによる直接の母乳ケアの指導が日常化すると、母親の退院後の母乳育児へのスムーズな適応に有効であると考えられる。

さらに、我が国の NICU・GCU 退院児と母親にとって手薄である退院後の自宅での育児生活適応期の支援を、入院中にケアを受けた既知の地域の熟練助産師が、居宅訪問や産後ケアハウスなどで適切にケアを提供し母親が育児に対する自己効力感を高めることは、今日の切実な課題であると考え

る。

C： 母乳ケア講習会の実施結果

母乳ケアの医療専門職間交流のひとつとして、平成25年11月9日13時より15時30分まで、国立国際医療研究センター病院の研修室において、経験のある院外助産師による母乳ケア公開講習会を開催した。

1. 実施方法

1) 参加者

病院内NICU・GCU看護職(看護師長1名、看護師18名、助産師4名の計23名)のうち経験年数2年以下の4名。

病院内産科婦人科看護職(看護師長1名、助産師24名の計25名)のうち経験年数4年以下の3名。

元保健所保健師1名(停年退職後)。

2) 講師

一人は、助産師歴40年で大学病院などで助産業務の後、大学助産学専攻科で助産学を担当し開業助産師歴10年の熟練母乳ケア提供者。

もう一人は、大学病院などで助産業務の後、出張専門の開業助産師歴25年の地域開業助産師。計2名。

2. 講習内容

前半は分娩直後からの母乳ケア概論および母乳ケアの基礎理論、具体的なケア技術と技術論、母親へのセルフケアを指導する方法を、スライドを用いて説明を行った(III. 講習会・勉強会の資料の3. 母乳ケア公開講座)。その他参考資料として、母乳育児成功のために(WHO/ユニセフ共同声明)を配布した。スライドによる学習のあと、シミュレーターを用いて母乳ケア技術の習得を行った。巻末の資料参照)。

後半は、退院後の母親からの訴えや、母親が投げかける疑問への応え方・考え方を、具体的な実例を上げて説明し、質疑応答を行った。

1) テーマ:「母乳ケアは赤ちゃんの助けで一緒にすすめるもの」

下位項目としては、以下の2項目で構成した。

(1) 乳汁が作られる仕組みを知って活用しよう

(2) 赤ちゃんが産まれてからのおっぱいの手当

2) 乳汁が作られる仕組み

二つの側面があり、「生成機能」と「乳汁の質の制御」である。各々の母と子のカップルの固有の

周産期の経過に応じたオーダーメイドの薬膳的有用性があること。特に早産児や難産児には回復力を助長する成分組成となっていること。

気管支小腸乳房回路を介する母子免疫システムによって遅発性肺血症リスクが低下すること¹⁾。

(1) 乳房組織の解剖生理学の基礎知識

(2) 周産期における母体の内分泌の変化と泌乳

(3) 乳汁分泌の母体内フィードバック機構²⁾

(4) 乳腺腺房の構造と生理機能

(5) 哺乳刺激によるプロラクチン動態

(6) 母乳産生のコントロール機構

3) 赤ちゃんが産まれてからのおっぱいの手当

(1) 正常産の場合

乳房・乳頭の清拭、乳管開通ケア、早期授乳(出生後2時間以内)、母児同室、乳管開通、易吸啜状態の保持、頻回授乳の重要性と見通し説明する。

(2) 早産児の場合

乳房・乳頭の清拭、乳管開通ケア、*児の呼吸・循環状態に応じた対応、早期搾乳介助(出生後2時間以内)、NICUへ届ける、3時間ごとの搾乳介助で乳頭刺激による催乳感覚、射乳反射の発現が確認できるレベルまで、母体の内分泌機構への刺激を促進するための時との早期接触、感覚的な児情報(泣き声・画像)を伝達し、説明する。

(3) 扁平乳頭・陥没乳頭の手当法

ポリエチレン製の突出促進の道具

(4) 産褥早期の乳房ケアのプロトコール(S式)

条件として、①安楽であること、②母体本来の生理的経過にもとづく母乳泌乳機能を助長する、③簡便であり短時間で提供可能、④セルフケア能力を引き出せる、⑤日常的看護業務に容易に取り込める、方法を提示した。

プロトコールに基づき、prospectiveに産褥6日まで追跡した2事例の母乳泌乳経過を示し、正常経過の母体の生理的母乳分泌のエビデンスを示した。

核となる手技は、①基底部の部分的剥離による乳房の弛緩、乳頭の柔軟化、②開通ケアによる乳管開通促進であるが、母親を検温で訪室した際に約5分も要しない。入院中の乳房の総ケア時間は、65分ほどである。

(5) 母親の乳房へのセルフケア

おっぱい体操と称して、①基底部の部分的剥離による乳房の弛緩、乳頭の柔軟化に相当する状況を、母親自身でできる。(4)で助産師がケア提供し体得した感覚を母親自身が観察学習(モデリング)し、授乳のたびに直接体験学習する中で自己効力

感を高めてゆく方法である。親しみやすいキーワードで構成した、リズムカルに「歌う」ように実践できるセルフケア法を説明する。

3. 退院後の母親が抱く母乳ケアへの不安や疑問

出張開業の地域熟練助産師が、その活動の中で頻回に寄せられる母親からの母乳ケアに関する訴えや質問を集約して紹介し、母親へ指導する対処法について説明した。

若手の看護師、助産師は、病院での母乳ケア提供する場面で抱いた疑問を解消し、母親に効力感を持って自己肯定的に育児に向かえるようなコミュニケーションスキルについても学習できた。

D：今後の課題

母乳ケアのアウトソーシングの可能性

早産児の母親は潜在的に小さな児を産んだということへの気持ちが強く、母親にのみできる母乳を搾乳して与えることへの欲求は強いと思われる。それを少しでも支えるため、分娩直後からの産科病棟助産師とNICU看護師・助産師との緊密な連携が日常化し、母親が自己効力感を知覚しつつ母乳哺育が順調に経過し退院が完遂できるための母乳ケアのプロトコールの定着は重要である。

児の面会時を利用した綿密な母乳ケアは、母親への母乳分泌の内分泌刺激の要因であり、自己効力感を醸成する要因でもあり有効な医療サービスと考える。

また、退院後の適応期に、入院中からの連続性ある継続ケアの必要度が高い母子カップルが存在

する。このような対象には、地域の熟練助産師が、入院中から母乳ケアチームに加わり、退院後も居宅訪問型ケア、あるいは産後ケアハウス入所型ケアなど、選択できることによってより効果的な育児支援が提供できると考える。

母乳ケアをアウトソーシングすることは、患児、患児の母のみならず、医療スタッフへの恩恵も大きいと考える。それらを実現するためには、関係機関の調整やシステム創設が必要と考える。

E. 文献

- 1) 大山牧子：エビデンスに基づく低出生体重児における母乳栄養の利点、38(10)、1329-1334、周産期医学、東京医学社、2008.
- 2) 堀内成子編：母乳分泌メカニズムと授乳への応用、産褥支援ガイドブック、110-116、ペリネイタルケア、メディカ出版、2003.

F：健康危険情報
なし

- G：研究発表
1. 論文 なし
 2. 学会発表 なし

H：知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

研究2：NICU及びGCU入院新生児への退院支援・福祉サービス向上の研究

研究分担者 赤平 百絵（国際医療研究センター病院 小児科 GCU科長）

研究要旨：近年、妊娠への認識低下、妊婦健診未受診、保護者の育児能力不足や育児支援体制の欠落などより良好な育児環境下でない新生児が増加している。特に新生児治療室に入院した児（以下、入院新生児）は、医療介入や出生早期の母子分離などにより、発育・発達の問題に加えて社会的問題が顕在化することが多い。それら入院新生児やその家族を支援するために、多種専門職における退院支援・福祉サービスの介入や充実を図ることは重要である。そのため病院内では医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を行い、必要な場合には子ども虐待防止委員会を開いている。地域では、地域の保健師、子ども家庭支援センターや児童相談所に継続支援をお願いしている。今回は、当センター病院における多種専門職会議は入院新生児に恩恵があるばかりでなく、新生児特定集中治療室退院調整加算を得ることができることに言及した。さらに、育児不安解消のための産褥ケアを、病院内で行う場合（病院内母子同室）と地域で行う場合（産褥ケア）について検討した。

A： はじめに

NICU及びGCU入院新生児（以下、入院新生児）の家族の医療面に対する負担や不安は大きい。家族が入院新生児のケアに参加することは、愛着形成や不安の軽減につながり、ひいては乳児虐待予防に貢献すると考える。

そこで、入院新生児における退院支援・福祉サービスのすみやかな導入のため、従来の医師・看護師・助産師などの病棟スタッフに加えて、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を定期的（週1回1時間）に行い情報共有に努めている。また、必要な場合には子ども虐待対策委員会（院内）を開いている。地域では、保健センター、子ども家庭支援センターや児童相談所に継続支援をお願いしている。

今回、多種専門職会議によって新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）の取得が容易になることに言及した。また、育児支援が得られない家庭が増加するなか、産褥ケア施設の充実が期待される。

B： 研究項目と研究成果

・国際医療研究センター病院のNICU・GCUにおける多種専門職会議と新生児特定集中治療室退院調整加算：

NICUという忙しい日常業務のなかで多種専門職会議を定期的開催するのは、各医療スタッフ

の努力が必要である。2012年4月から退院調整加算600点が算定されることを契機に、MSWや退院支援看護師が多種専門職会議に参加することになり、入院新生児への退院支援・福祉サービスの早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

・国際医療研究センター病院における母児同室制度の試み：

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母児同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。NICU・GCU入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しを求められる。

・産褥ケア施設の現状の検討：

助産院を利用した産褥ケア施設は経営的にもいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。

C： 結論

多種専門職会議を日常業務の中で定期的開催することは、入院新生児に退院支援・福祉サービスの適切な導入だけでなく、退院調整加算を得ることで診療報酬の増加につながる。

院内母児同室は診療収入内で実現可能であり、産褥ケア施設と共に、育児支援のない家族へ福音となる

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU・GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービスの向上の検討

研究 2-A: 国際医療研究センター病院の NICU・GCU における多種専門職会議と
新生児特定集中治療室退院調整加算

研究協力者 芳田 玲子（国際医療研究センター病院 医療ソーシャルワーカー）
研究協力者 加藤 美鈴（国際医療研究センター病院 看護部・退院調整）
研究協力者 松村 幸子（国際医療研究センター病院 看護部・退院調整）
研究協力者 須貝 和則（国際医療研究センター病院 診療情報管理専門職）

研究要旨：国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）は、すでに NICU・GCU において多種専門職会議を定期的に行い、医療上の問題だけでなく、患児やその家族の社会的問題をいち早く抽出し、必要な退院支援・福祉サービスの提供に努力してきた。2012 年 4 月から、新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）により多種専門職会議を行うことにより 600 点の加算が付くようになった。これを機会により効果的に患児と家族を把握するために、標準化した評価票を作成し、医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師に結びつくように機能整備を行った。また、多種専門職会議に MSW や退院調整看護師が加わることで、迅速な支援が可能になった。また、2012 年 9 月から 2013 年 10 月の間、当センター病院における採択された退院調整加算の割合について、当センター病院が加入している Diagnosis Procedure Combination（以下 DPC）を用いて検討した。206 名が算定され、算定漏れは 11 名であった。算定漏れでは事務手続きが原因によるものが 8 名、書類未作成によるものが 3 名であった。書類未作成のものは、出生 0～1 日で転院したものであった。また、算定率は 93.3% で、加入 DPC の中では一番高かった。多種専門職会議の定期開催によって、退院支援・福祉サービスが有効に行われ、かつ退院調整加算に反映されることにより診療報酬にも貢献した。

A: はじめに

医療・福祉・個人の抱える社会背景の多様化、複雑化が進み、NICU・GCU における多種専門職による包括的な入院新生児および家族の支援は必須である。国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）では、すでに医師、看護スタッフ、臨床心理士による多種専門職会議で社会面の評価を行い、必要な場合には迅速に医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）や退院調整看護師に連絡していた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）600 点が算定されることになった。

そこで、従来の多種専門職会議の業務形態を構築し、合わせて退院調整加算の算定率について検討した。

B: 多種専門職会議

当センター病院は NICU6 床、GCU8 床を有し、常勤医 2-3 名、小児科レジデント 4-5 名、初期研修医 2-3 名、看護師・助産師 25 名と臨床心理士（非常勤）1 名により構成される。1 週間に 1 時間ほどの多種専門職会議で、医療上の協議はもちろんのこと、家族背景や社会上の問題について情報共有し、必要がある場合には臨床心理士によるカウンセリングや MSW や退院調整看護師による支援を迅速に行ってきた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、退院調整加算 600 点が認められるようになった。当科では、従来の患児・家族の評価に加えて、それらをより標準化するために、入院時アセスメントシート（図 1）、入院経過スクリーニングシート（図 2）退院支援計画書（図 3）の評価票を作成した。特に入院時の評価項目をより簡便にし、多種専門職会議に、MSW と退院支援看護師が参加することで、該当項目をより明確にし、包括的に討議ができるように

なった。また、急な対応が必要な場合には、迅速にMSWへ知らせる機能を確立した。

C: 新生児特定集中治療室退院調整加算

当センター病院では医事課の協力のもと、3種の評価票を用い、退院調整加算を申請している。図4に2012年9月から2013年10月までの加算該当数の推移を示す。申請した206名全員の申請は算定された。算定ができなかったもののうち、3名は書類未作成によるものであった。これらは出生後1日未満で原疾患の治療のため転院し、書類を作成する時間的余裕がなかった。また、医事課の事務手続きが原因で算定できないものが8名あった。

図5に当センター病院が加入しているDPCにおける退院調整加算の算定率を示した。当センターは93.3%と高い算定率であった。

D: 考察

多種専門職会議の必要性が言われて久しい。しかしながら、NICUという忙しい日常業務のなかで定期的に組み入れていくのには、各医療スタッフの努力が必要である。2012年4月から退院調整加算600点が算定されたことで、MSWや退院支援看護師が多種専門職会議に参加することで、早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

しかしながら、退院調整加算が広く浸透しているとはいえ、当センター病院のDPCでは、50%以上の算定率は5病院にしか過ぎなかった。

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準等を示す。

(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

ロ 当該部門に新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていること。

多種専門職会議を定期的に行っている施設の中には、上記基準に該当せず算定できないNICUもある。多種専門職会議は入院新生児に対する寄与は大きく、今後、それが一般化され活用されるべく施設基準の緩和が望まれる。

E: 結論

NICU・GCUにおける退院支援・福祉サービスの向上のために、多種専門職会議は必須のものである。退院調整加算による診療報酬増加は、その推進を強く後押しすることが期待される。

①NICU・GCU入院時アセスメントシート

児の名前： (ID：)

入院日： 主治医：

診断名： プライマリーNS：

SW：

1 妊娠～出産

		備考
妊娠	<input type="checkbox"/> 多胎	
精神疾患	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	
身体障害	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	
知的障害	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	
出産状況	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 墜落分娩 <input type="checkbox"/> 飛び込み出産	

2 社会的背景

		備考
両親の年齢	<input type="checkbox"/> 父が10代 <input type="checkbox"/> 母が10代 <input type="checkbox"/> 母が40代以上の初産婦	
婚姻状況	<input type="checkbox"/> 内縁 <input type="checkbox"/> 未婚	
DV(疑い)	<input type="checkbox"/> あり	
外国籍	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	
経済的問題	<input type="checkbox"/> 非正規雇用 (世帯主) <input type="checkbox"/> 失業中 (世帯主)	
居住状況	<input type="checkbox"/> 住所不定 <input type="checkbox"/> 友人・知人宅に居候 <input type="checkbox"/> 退院先未定	

3 育児

		備考
児の状況	<input type="checkbox"/> 養育医療に該当 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 母体感染あり (HIV HB HC 梅毒 ATL)	
同胞	<input type="checkbox"/> 5人以上	
上の子への養育	<input type="checkbox"/> 虐待歴あり <input type="checkbox"/> 児童相談所等の介入歴あり <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 親族に育児依頼中	
親族等の協力	<input type="checkbox"/> なし	
関係機関の介入	<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 子ども家庭支援センター <input type="checkbox"/> 児童相談所	

* 未確認の項目については、備考欄に赤で✓してください

②NICU・GCU入院経過スクリーニングシート

患者ID:

患者名:

記入日

記入者

4. 家庭環境・家族背景・育児環境(看護師記載)

C. 入院後情報	面会(母親)	ない、または病院からの連絡にて来る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		母が退院した後の面会回数が週2回以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	児への対応(母親)	触らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		抱かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		児と視線を合わせない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		言葉がけがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	育児への不安(母親)	言葉で不安を表出している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		泣いている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		同じ質問を繰り返し聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	育児能力(母親)	基本的な育児・世話ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	母の気分の落ち込み	マタニティーブルー・産後うつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	面会(父親)	ない、または病院からの連絡にて来る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		触らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	児への対応(父親)	抱かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		児と視線を合わせない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		言葉がけがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		言葉で不安を表出している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	育児への不安(父親)	泣いている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		同じ質問を繰り返し聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		基本的な育児・世話ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
育児能力(父親)	母を支援する意志がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	親族の支援が得られない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
育児への支援者	支援が得られなる友人・知人が地域にいない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	関係機関の支援について知らない。希望していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経済状況	新たな問題あり 理由()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	新たに生活保護受給または申請	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
スタッフの違和感	スタッフが“なんとなくおかしい”と感じる。 具体的なエピソード	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(2012.10.1)

独立行政法人 国立国際医療研究センター病院

退院支援計画書

入院日:

作成日: 平成 年 月 日

ID: _____

患者氏名: _____ 様

診療科(病棟)	小児科 【 NICU病棟 】
病名 (他に考え得る病名)	体重(_____)g
患者以外の相談者	家族 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) その他関係者(_____)
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)	<input type="checkbox"/> 主治医(_____) <input type="checkbox"/> 助産師・看護師(_____) <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー(_____) <input type="checkbox"/> リハビリ(_____) <input type="checkbox"/> 退院調整担当(_____) <input type="checkbox"/> 病棟責任者(_____)
退院に係る問題点、課題等	<input type="checkbox"/> 育児に関すること <input type="checkbox"/> 在宅医療に関すること <input type="checkbox"/> 病状に関する不安 <input type="checkbox"/> 家族に関すること <input type="checkbox"/> 経済的不安 <input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> その他(_____)
退院に向けた目標設定支援計画支援概要	<退院計画の目標> <input type="checkbox"/> 育児指導 <input type="checkbox"/> 内服指導 <input type="checkbox"/> 外来受診方法 <input type="checkbox"/> 退院後の療養先の決定 <input type="checkbox"/> 在宅ケアの準備 <input type="checkbox"/> 在宅シミュレーション <input type="checkbox"/> 小児病棟との連携(<input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 母子同室 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他(_____) 【支援期間】(_____)週間 (_____)ヶ月予定
災害時の対策	<input type="checkbox"/> 連絡対応方法 <input type="checkbox"/> 物品の準備
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 (_____)
退院後に利用が予想される社会福祉サービス	<制度> <input type="checkbox"/> 市町村事業 <input type="checkbox"/> 身障者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 小児慢性・育成医療 <サービス> <input type="checkbox"/> 保健師訪問 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他(_____)
備考	

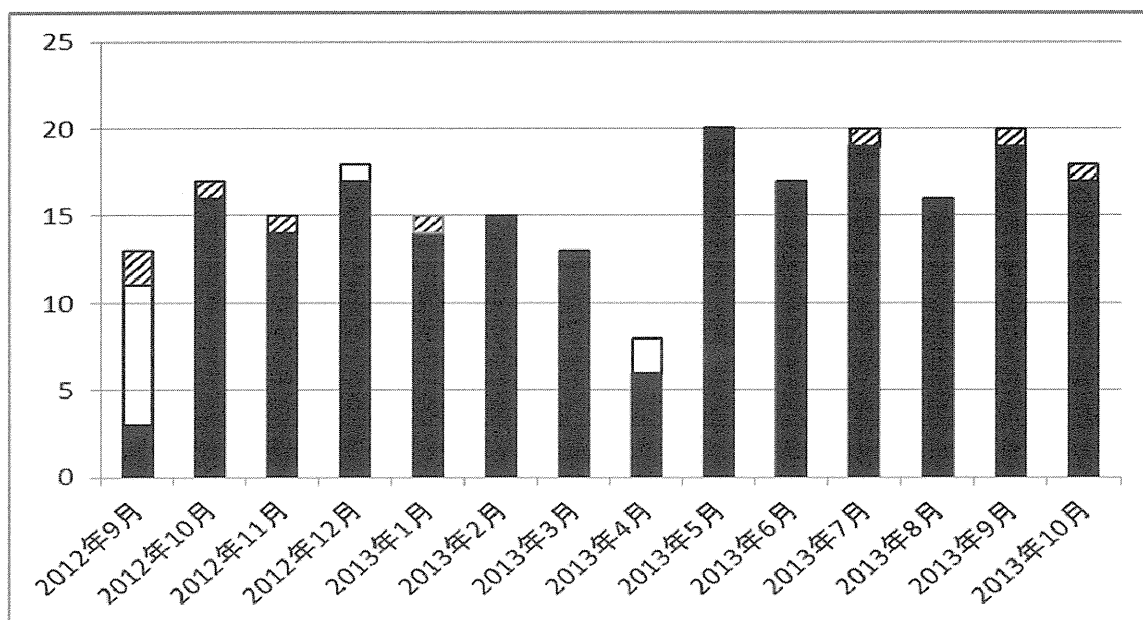
注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化に応じて変わり得るものです。

ご家族(続柄): _____ (父 母)

病棟退院支援計画担当者: _____

退院調整部門退院支援計画担当者: _____

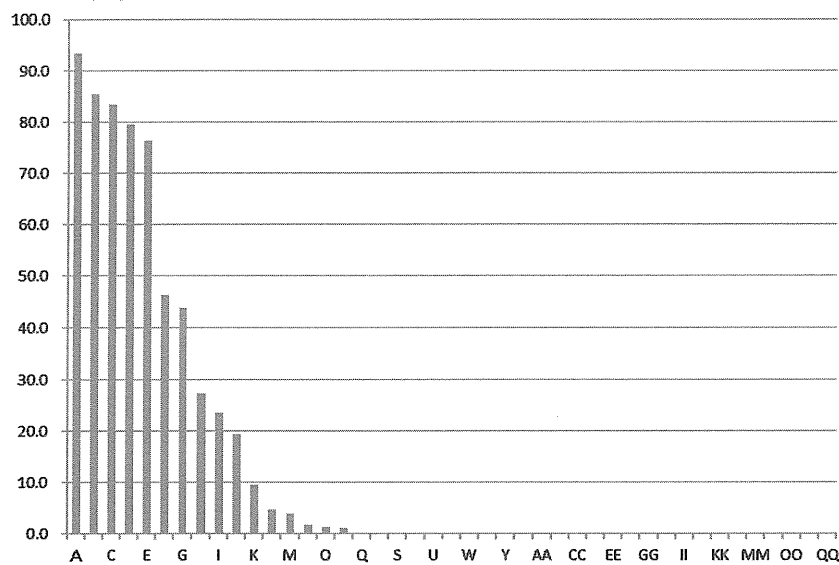
図4. 国際医療研究センター病院NICU・GCUにおける
 新生児特定集中治療室退院調整加算の推移(2012年9月～2013年10月)



- 算定済み(申請したものは全て通過) 206名
 - 算定もれ(書類未作成のため) 3名 (出生後一日齢1での転院)
 - ▨ 算定もれ(事務手続きによる) 8名
- * 9月分の選定もれは、7～8月生まれのため

図5. 国際医療研究センター病院加入のDPCにおける、
 新生児特定集中治療室退院調整加算の算定率(2012年9月～2013年10月)

算定率(%)



病院	算定率(%)
A	93.3
B	85.3
C	83.3
D	79.4
E	76.4
F	46.2
G	43.8
H	27.2
I	23.4
J	19.2
K	9.4
L	4.6
M	3.8
N	1.6
O	1.2
P	1.1

病院

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU・GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービスの向上の検討

研究 2-B: 国際医療研究センター病院における母児同室制度の試み

研究協力者 田中 瑞恵（国際医療研究センター病院 小児科）

研究要旨：NICU・GCU に長期間入院した新生児は、家族の愛着形成や育児対応が遅れがちになり、退院してからの育児に対する家族の不安は大きい。当センター病院では、それら家族の育児支援のひとつとして院内の母児同室制度を作成した。それには、医師・看護職・医療事務が一体となり、看護職の人員配置に伴う病棟選定、該当児の決定や診療報酬の算定などの問題を解決して共同で作成した。運用開始した 2013 年 4 月から 12 月まで 9 か月間に母親 4 名（入院新生児 5 名、双子 1 組を含む）の利用者があった。

A: 背景と目的

核家族化、母体年齢の増加、育児支援者の高齢化や近くにいないなどにより、産後の育児支援が得られない家庭が増えている。特に、NICU・GCU に長期入院している新生児の家族は育児不安が大きいと思われる。しかしながら、看護職のマンパワー不足や診療報酬の問題から、院内母児同室の実現は難しかった。そこで我々は、医師・看護職・医療事務と一体になり、母児同室制度を共同で作成し、2013 年 4 月より運用を開始している。

B: 院内母児同室制度の設置まで

院内母児同室支援を考えるワーキンググループを立ち上げ、メンバーとして小児科医師、産科病棟師長、小児科病棟師長、病院医事課が担当になった。

対象は NICU・GCU に長期入院した児とその母で、児は退院に向けて特別な医療処置の必要はなく、母は疾患がない場合を想定した。目的は母の育児能力の向上であるため、小児病棟か産科病棟のどちらが適切かを協議した。小児科病棟の場合には、現時点では母児同室用に独立した部屋がなく、母は付添者ということで付添用ベッド（簡易ベッド）になり、育児環境に適さないこと、当院では病棟看護師と NICU/GCU 看護師が異なり、継続性ではデメリットが多いなどの意見が出た。一方産科病棟での母児同室する場合には、母親は入院理由になる疾患がなく分娩でもないため、入院扱いにならないという問題が生じた。また、育児環境に近い個室（特別室）を確保したほうが望ましいとの意見もあった。産科婦人科の混合病棟を利用する場

合、特別室の空き状況など考慮して週末にかけて行うことにした（参考資料 1 参照）。

また、今回の指導料徴収にあたっては、厚労省の保険局医療課を経験している者に聞いて、入院費、指導料徴収の整合性を検討した（参考資料 2：母児同室運用手順）。内訳を示す。

・入院新生児：保険扱い、別途特別室料（1 日 9,000 円）を徴収
・母親：支援料として（2 泊 3 日 18,840 円（食事代含む））を徴収
支援料内訳（指導料 5,000 円×3 日＋食事代 640 円（食事療養費額）×6 食）
・2 泊 3 日の母児同室の総費用：45,840 円（9,000 円×3 日＋18,840 円）

以上より 2 泊 3 日の母児同室の総費用は 45,840 円と有料になり、支払能力のない家族には利用できないことになった。

病棟選定も議論を要した。母親は交流期間の長い NICU・GCU スタッフからのケアが一番望ましいと思われたが、当院のように産科病棟を選定した場合、NICU・GCU に新生児が入院しているあいだから育児手技を開始し、その後産科スタッフへ適切に申し送りをする事で、母親の育児不安の軽減と育児手技習得は図られると判断した。

該当児は当センター病院で出生し、母親が産科を退院して 2 週間以上が経過した児を対象にした。

以上の概念を元に、病棟運営、清算までの流れを詰めた（参考資料 3. 母児同室の清算までの流れ（医事室長より）、参考資料 4. 母児同室支援申込書）。また、家族に説明用のパンフを配布した（参

考資料5. 母児同室案内パンフ)。

該当する児はNICU・GCUから産科病棟へ転棟する前から育児指導評価票(参考資料6)を用いて、母の育児の熟練度を評価した。

C: 母児同室施行例の検討

母児同室を開始した2013年4月から12月までの間に、4名の母親(双胎1組を含む5名の新生児)が母児同室を申し込んだ。それらの特徴を表1に示す。

C-1: 児の背景(5名)

全員早産低出生体重児であった。在胎週数は30週から33週で、出生時体重は1503gから2022gであった。双胎は2組いたが、1組は双胎の退院時期が大きく異なるため、退院が早かった児のみ母児同室を行った。母児同室に移行したのは、日齢30日から81日で、修正では37週から42週であった。体重は2546gから3676gであった。

C-2: 母の背景(4名)

母4名全員が初めての子であった。母の年齢は31歳から44歳で、不妊治療は2名が受けていた。妊娠期の合併症は切迫早産が4名、重症高血圧症が2名、切迫早産による管理が3名、胎盤早期剥離が1名であった。分娩形式は緊急帝王切開が3名で子宮収縮抑制剤中止後の経膈分娩が1名であった。

D: 考察

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母児同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。

今回は母の育児不安を軽減することを第一の目的にした。理想としては、母児同室を希望する家

庭に対し、いつでも(専用の病室を確保)、どの家族にも(院内出生などの条件をつけない)、金銭的な負担を少なく(保険適応の範囲で)、サービスを提供していくことである。しかしながら現行の保健収載を考慮したうえで、母親への育児の指導料という形式に落ち着いた。

制度を開始して9か月間に母4名の利用があった。2泊3日で5万円近い実費がかかることは、利用を妨げる要因かもしれない。特に父母とも精神疾患をかかえている場合は、経済的に困窮している家庭が多く、事実上利用できないというジレンマがある。一方で、助産所で産褥ケアを行う場合はさらに費用がかかると試算されている。

今後利用者を増やすためには、該当児の条件の拡大(例:母が退院してから2週間以上経過を短くする、院外出生を受け入れるなど)することもひとつの方法といえる。さらに利用者の要望を参考に改善していく必要があると思われる。

E: 結論

院内母児同室を現行の保険制度に照らし合わせて制度化した。NICU・GCU入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しが求められる。

F: 研究発表

1. 論文発表
該当なし

2. 学会発表
第57回日本未熟児新生児学会
「母児同室に向けての当院での取り組み」
森本 奈央, 田中 瑞恵, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次, 2012年11月25日~27日 熊本
日本未熟児新生児学会雑誌(1347-8540)24巻3号
Page635(2012.10) (会議録として収録)

	児の背景					母の背景						
	性別	在胎週数	出生時体重	アプガースコア	原疾患	母児同室の日齢	母児同室の体重	母の年齢	出産数	不妊治療	妊娠期の合併症	分娩様式
1	男・双胎第1子	33週3日	2022g	8点、9点	早産低出生体重児・双胎	30日(37週5日)	2885g	31歳	初産	あり	切迫早産・重症妊娠高血圧症	緊急帝王切開
2	女	30週6日	1502g	7点、7点	早産低出生体重児	81日(42週3日)	3676g	38歳	初産	なし	胎盤早期剥離	緊急帝王切開
3	男・双胎第1子	33週6日	1707g	6点、8点	早産低出生体重児・双胎	34日(38週5日)	2360g	44歳	初産	あり	切迫早産・重症妊娠高血圧症	緊急帝王切開
4	男・双胎第2子	同上	1974g	7点、9点	同上	同上	2546g	同上	同上	同上	同上	同上
5	女	32週3日	1770g	2点、6点	早産低出生体重児	39日(38週0日)	2641g	37歳	初産	なし	前期破水・切迫早産	経膈分娩

表1. 母児同室を行った児と母の背景

母児同室支援について

1 概要

NICU又はGCUに長期間入院している入院児の母親を対象に、母親と入院児を数日間同室（母児同室）し、また、母親の育児に関する疑問や不安などの軽減を図るため、母親に対する育児支援を行う。（詳細は別紙「運用手順」参照）

2 実施場所

6階西病棟 659 又は 658 号室の一部屋（母児同室可能ベッド）9,000 円特別個室

3 実施期間

2泊3日程度（原則、土、日、月とする）

4 料金設定

入院児：保険扱い、別途特別室料（1日9,000円）を徴収

母親：支援料として（2泊3日18,840円（食事代含む）を徴収

支援料内訳（指導料5,000円×3日＋食事代640円（食事療養費額）×6食）

【2泊3日：45,840円（9,000円×3日＋18,840円）】

5 実施時期 25年4月から

6 医事システムの対応状況

医事システムを修正し、オーダーから領収までの環境は整備済。

7 ホームページの更新について

当センターで母児同室支援を実施していることをアピールし、分娩件数を増やすために、産科のホームページでPRしていく予定

8 その他

当該支援は、6階西病棟の特別個室2室の空き状況に応じて、母児同室のための病床を計画的に確保する。しかし、万が一緊急分娩が立て込み6西病棟が満床になってしまった場合は、婦人科患者で該当個室を使用している者がいる場合は、個室病棟へ減免（9,000円）による転棟で対応したい。

母児同室支援 運用手順

平成 25 年 3 月

1 目的

長期NICU・GCU入院児の母親を対象とし、母親が入院児と数日間同室（母児同室）を行なうことで、母親の育児に関する疑問や不安などを軽減させ、退院後家庭で安心して育児に取り組めるようにすることを目的とする。

2 対象者 以下の項目を全て満たした場合（母児同室後は原則退院）

- ①当センターでの出生児
- ②母親が退院してから2週間以上経過
- ③母親が児の退院前に母児同室を希望
- ④モニター管理や複雑な医療的手技を必要とせず、NICU・GCUから退院が可能な入院児
- ⑤児に感染症がない
（6W 新生児室の入室が可能である。麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、インフルエンザでないこと、また濃厚接触がないこと）。

3 期 間 2泊3日程度（原則、土、日、月とする）

4 実施場所 6階西病棟 659 又は 658 号室の一部屋（母児同室可能ベッド）9,000 円特別個室

5 実施体制 医師、看護師、助産師及びMSWからなるチームにより対応 母児同室実施児は、1名とする。

6 入院取扱の考え方

入院児：NICU・GCUから転棟し引き続き入院扱い（特別個室）

母 親：付添い扱い

7 実施手順

1) 実施対象患者決定までの手順

(1) 実施対象患児の選定

①毎週月曜日のNICUカンファレンスで対象患者について検討する。

- ・当センター病院出生の児であること
- ・入院期間が20日を超えると予測されるであること

*基本的に、入院期間が20日を超えそうな児の母にはご案内をする。

（入院期間が20日を超える児の母で希望があれば、できる限り実施していくという考え方）

②NICUカンファレンスで対象患児として選定後、母親の意思確認をする時期を決定する。

母親への確認時期の目安：患児がNICUに入院している状況を母が十分に受け入れていることを目安に、できる限り早い段階で意思確認をする。

（6階西病棟の個室準備期間が必要なため）

(2) 実施対象患児の母へのアナウンスと母児同室支援希望の有無の確認

①担当医師、またはプライマリー看護師（以下、プライマリー看護師不在時はNICUアソ

シート看護師が行なう)が「母児同室のご案内 産科/新生児科からのお知らせ」と「母児同室中の過ごし方(6西作成中)」のパンフレットを用いて母への説明を行なう。

*特に必要性が高いと判断される患児の母には、その重要性を十分に話し、育児支援の重要性と、母の個別性を踏まえ時間をかけて説明することが望ましい。

- ②担当医師、またはプライマリー看護師は、母にアナウンス後に希望の有無を確認する。
担当医師、またはプライマリー看護師は、実施の最終決定は改めて母に伝達する旨を説明する。

注意：6階西病棟の個室が必ず使用できるとは限らないためこの段階では、希望の有無を確認するのみとする。

(3) 実施対象患児の退室の予定を立てる

- ①担当医師、またはプライマリー看護師は、6階東病棟看護師長に母児同室実施対象患児を報告する。

報告内容：母児同室実施対象患児の氏名、実施希望日、児の状況と母の育児指導実施状況、その他特記内容

- ②6階東病棟看護師長は、児が対象の基準を満たすことを確認し、児の主治医と相談の上、児の退室可能な日にちを決定する。

注意：6階西病棟の個室を予約として使用するため、急な変更が生じないよう児の身体状況から確実に退室可能な日にちとする。

- ③6階東病棟看護師長は、プライマリー看護師と共に、児の母に6階西病棟での母児同室希望の日程確認を行なう。

2) 母児同室実施対象患児選定後の手順

(1) 6階西病棟予約～6階西病棟への転棟決定まで

- ①6階西病棟転棟の調整

・6階東病棟看護師長は、母児同室実施対象患児がいる旨を転棟希望1週間前までに、6階西病棟看護師長に連絡する。

・6階西病棟看護師長は、6階東病棟看護師長から上記の連絡があったら6西医事課担当者に母児同室支援の予約患者が入ったことを連絡する。

伝達内容：母児同室実施対象患児の氏名、実施希望日、児の状況と母の育児指導実施状況、その他特記内容

- ②6階西病棟看護師長は、病床の調整後、実施可能の有無と予定日を実施3日前までに、6階東病棟看護師長に連絡する。

注意：6階西病棟看護師長は、予約患者として調整をする。しかし、対象部屋が2部屋であり、産科入院患者が使用せざるを得ない場合には実施が困難の状況もあり得る。

- ③ ②にて実施可能な場合、(2)へ

②にて実施ができない場合には、6階東病棟看護師長が、児の母にその旨を説明する。

注意：実施対象の児ではあったが、病床の状況で実施ができなかった児の数は6階東病棟看護師長が把握をし、今後の運用資料としておく。

(2) 6階西病棟への決定後～6階西病棟転棟当日まで

- ①NICU・GCU看護師は、育児指導と母の育児技術習得状況をチェックする。

・育児技術の指導は、6階西病棟へ転棟までの毎日「育児指導評価表」を用いて行なう。

・「育児指導評価表」は、メガオークの文書に保存されているので、毎日、「引用」で入力して保存する。

*注意：当面は、文書での運用

- ・毎日のNICU看護師カンファレンスで評価をする。
- ・6階西病棟への転棟日前日の金曜日に、児の主治医(入院から今までの病状説明)、NICU・GCU看護師(育児指導状況と看護問題について)、6階西病棟産科リーダーは、「育児指導評価表」をもとに情報共有のためのカンファレンスを行なう。特に重点的に指導を要する内容を具体的に共有する。
※H25年度4/1～当面は、上記3者に加え6階東西の師長(不在時は代行)と新生児科医長も参加とする(運用上の問題が出てくる可能性があるため)。

②NICU・GUCでの書類の準備

- ・主治医は、「家族付添許可申請書」を作成する。
- ・転棟前日までに、主治医が母に説明の上、「母児同室支援申込・予約依頼書」の同意を母からもらう。
 →母の電子カルテにスキャン、原本を医事課へ(転棟前日の金曜日までに降ろす)、コピーは家族控えとして渡す
 ※「母児同室支援申込・予約依頼書」に関してはNICU・GUCで転棟前に処理を完了させること。
- ・NICU看護師が、母に説明の上、転棟前日までに「家族付添許可申請書」「特別病室申込書」を記入済みとしておく。
 ※「特別病室申込書」には、「室料：9000円」のみ記入して「病室番号」には未記入のまま母にサインをもらっておく。

(3) NICU・GUCは6階西病棟への転棟当日

- ①当日、対象児の受け持ち看護師は、母に、以下の用紙記入が済んでいることを確認する。
 「家族付添許可申請書」「特別病室申込書」
- ②転棟当日朝にバイタルサインズの測定を行い、担当医に転棟できることを最終確認する。
- ③6階西病棟への転棟時間は10:00。転棟対象児の受け持ち看護師は、母と共に転棟する。
 新生児内科当直医は、可能な限り6階西病棟転棟時の引継ぎに参加をする。
- ④NICU・GUC看護師は6階西病棟転棟時、(PC参照しながら)「育児指導評価表」を用いて、育児指導の状況を引き継ぎし、特に重点的に指導を要する内容について申し送る(必要時、プリントアウトしたもので申し送ることも可)。

3) 6階西病棟での母児同室開始～退院までの手順

1) 実施内容：具体的指導内容・方法については産科看護手順に準ずる

- ①母児同室オリエンテーション(個室・授乳室、沐浴室使用方法 etc、6西病棟の入院・産後オリエンテーションに準ずる)
- ②育児指導内容確認・個別スケジュールの立案
 検温、NICU・GUCからの注意点の確認
 母が重点的に習得したいことを確認
- ③母児同室開始
 - ・毎日、検温・沐浴・体重測定実施
 - ・授乳指導(母乳・混合・ミルク栄養に合わせて指導)
 - ・母乳…自律哺乳で適宜、体重増加確認。必要時、母乳量測定…授乳室で体重測定
 - ・混合…直乳後にミルク補足。必要時、母乳量測定しミルク量を調整(指導)
 - ・ミルク…必要量のミルクを自律哺乳。
 - ・個々の状態に合った、授乳指導(姿勢・抱き方・乳房ケア等)
 - ・必要時ミルク作成方法

④沐浴指導…一般児の後、または感染症に応じてその日毎に母に順番・時間を案内

⑤育児指導

- ・育児手技について苦手意識の克服、不安の解消が出来るよう指導
- ・24時間、育児をしながら、母自身の栄養、睡眠、休息、産後の身体回復が出来るように指導・援助
- ・母乳を与えている場合、特に栄養状態によって母乳分泌や哺乳量に影響を及ぼすため、定期的にバランスの良い食事を摂れるよう指導する。
- ・産後、身体回復中の母親は大切な時期であるため、過度な疲労による産後の回復を妨げていないかを確認しながら同室を進めていく必要がある
- ・家族の面会も可能であることから、家族への指導も必要時行なう。
- ・退院に向け、不安が強い場合…退院延期も検討する。
*基本、退院を延期する場合は、母親が延期を希望する場合に限る。
延期した場合は、退院当日に指導する内容を検討し実施する。
疲労が強く、授乳を一時交替する時…個室内で授乳し、児が睡眠中に休息をとる。または一時的に新生児室で預かる

⑥退院：母乳に関する継続フォローが必要な場合は母乳外来を予約する。

2) 児の主治医及び担当医（不在時、新生児内科当直医）は、以下を実施する。

①母児同室中の児の状態を把握する（基本は、母児同室中の診察は病室で行う。同室中の様子を把握することや同室中の問題がないかを母に確認するため）

- ・児の診察、バイタルチェック
- ・体重測定結果の確認
- ・排尿、排便状況の確認

②育児指導の進行状況の確認（担当助産師に確認する）

③6階西病棟助産師と連携を図り情報共有を図る。

④ ①～③の状況を踏まえて、児の診察記事の他、育児指導の進行状況と、今後児が成長発達する上で問題となることはないか、医師の視点でカルテ記載をする。

（毎日、メガオークにカルテ記事として入力）

8 実施評価

1) 実施後の「育児指導評価表」の活用

6階西病棟助産師とは、児の主治医は、退院時に「育児指導評価表」を用いて指導内容の結果を情報共有する。

2) NICUカンファレンスで、児の主治医、産科リーダー、NICU看護師、MSWが参加し実施後の評価をする。（11時45分から10分程度）

問題点と今後予測される課題、以降継続して重点的に行なう指導内容を討議する。

地域連携すべきと判断した場合には、MSWが介入する。

（カンファレンスでの評価内容は、児の担当医師がカルテ内に入力）

3) 小児科外来看護師は、児の外来日にNICUカンファレンスで検討された内容を引き継ぎ、児の母に指導を行なう。

9. その他

7. 8の進捗状況は、母児同室運用手順（医師用チェックリスト）に、その都度医師がチェックをしていく。（紙運用）

最終的に、すべての記入を終えた時点で母のカルテにスキャンする。実施まで至らな