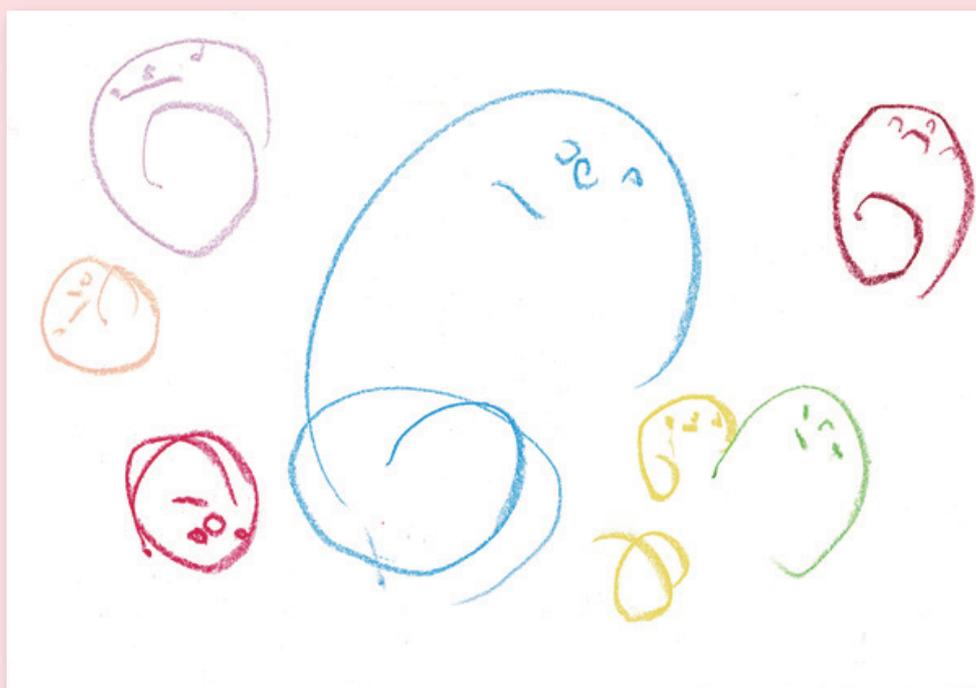


# 医療的ケア児の在宅移行に 関するガイドライン



「大好きなみんな♡」

公益社団法人福島県看護協会

## 表紙の絵

「大好きな みんな♡」 つつい しずく (2歳)

お兄ちゃんが入院していて、家族みんなでそろうことは難しいけど、退院したらみんなでニコニコ過ごしたいな…という願いを込めて描いてもらいました。

最近、“おかお”を描けるようになったので、「パパ描いて」「ママ描いて」「お兄ちゃん描いて」と一つ一つお願いしながら描いてもらいました。

## 「医療的ケア児の在宅移行に関するガイドライン」発刊にあたり

公益社団法人福島県看護協会  
会長 今野 静

医療的ケア児は、全国で約2万人と推計されており、その中でも小中学校、特別支援学校に在籍する医療的ケア児等は年々増加傾向にあります。

そのような中、福島県看護協会の保健師・助産師・看護師職能では平成30年、令和元年と2年間にわたり合同職能集会を開催し、福島県の在宅における医療的ケア児の現状や課題を共有し、対策等についてディスカッションしてまいりました。そこで、病院から退院する医療的ケア児が在宅療養への移行がスムーズに出来ることを目的に、妊娠から出産、NICUへの入院そして退院後3か月頃までの支援についてのガイドラインを作成することとなりました。

ガイドライン作成には、ワーキンググループを立ち上げ、県内で医療的ケア児の支援を行っている方々にメンバーとなって頂き取り組んでまいりました。実際のケアの経験から、支援に必要なことなどを議論いただきました。医療的ケア児への医学的側面と養育者へのケアなどを含めた精神的側面、社会的側面に対し、看護師が中心となり多職種が地域の支援機関と連携できることに重きをおいて作成いただきました。

より多くの看護職また多職種の方々に、このガイドラインをご活用いただきたいと思えます。そして、在宅へのスムーズな支援に結びつけ、児が家族と共に生活し、希望を持ち笑顔で暮らすことが出来ることを願っております。

最後になりましたが、「医療的ケア児の在宅移行に関するガイドライン」作成にご尽力いただきましたワーキンググループの皆様には厚く御礼を申し上げます。

2022年 1月

## 目次

I. 医療的ケア児の在宅移行に関するガイドラインの作成経緯と活用について	P1
II. NICUから退院する医療的ケア児の退院調整の対象と連携について	P2
1. 退院調整の対象と連携について	P2
地域との連携図	P2
2. NICUから退院する医療的ケア児の退院調整の流れ	P3
退院調整フロー図	P3
医療的ケア児の在宅移行へのフローチャート	P4
「NICU/GCUにおける小児在宅移行支援パス」	P5
退院調整の流れ	P6
3. 家族の意思決定を支援する（在宅移行に向けて）	P13
III. 退院調整の実際	P19
事例1：医学的に軽症の事例	P21
事例2：家族の養育力が低い事例	P25
事例3：医学的に重症度が高く、かつ家族の養育力が低い事例	P28
IV. 退院調整に関わる診療報酬について	P32
V. 子どもの福祉制度について	P37

VI. 訪問看護に関すること .....	P40
VII. 患者会・家族会について .....	P44
VIII. 資料 .....	P45
1. 妊娠中の支援に関する資料	
ハイリスク妊産婦連絡票 .....	P45
妊産婦訪問等結果連絡票 .....	P46
2. 出産後の支援に関する資料	
赤ちゃんへの気持ち質問票 .....	P47
エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） .....	P48
3. NICU入院後の児に関する資料	
退院支援スクリーニング票＜参考例＞ .....	P49
退院支援計画書＜参考例＞ .....	P53
新生児等退院支援連絡票＜参考例＞ .....	P54
4. 訪問看護指示書	
訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書 .....	P55
特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書 .....	P56

## I. 医療的ケア児の在宅移行に関するガイドラインの作成経緯と活用について

医療的ケア児の支援は、妊娠期（胎児期）から退院後の地域生活を含めて、さらには子どものライフステージの変化等に伴って変化するニーズに応じて、切れ目なく実施していく必要がある。本ガイドラインは、NICU から退院する医療的ケア児を対象とし、在宅移行支援に焦点を当て、妊娠期から NICU 入院時、退院後3か月までの支援を掲載した。

NICU 看護職者に向けての内容が主であるが、医療的ケア児の支援は、妊娠期からの継続した支援、さらには、地域支援者との連携が不可欠であり、多職種との連携を意識して記述している。また、退院支援に関する診療報酬、福祉制度、訪問看護、患者会・家族会に関することなど、幅広い内容を盛り込んでいる。そのため、NICU 看護職者のみならず、助産師、産科・小児科看護師、保健師、訪問看護師など様々な場にいる看護職者、そして、地域連携部門の支援者、地域の相談員や医療的ケア児等支援コーディネーターなどの多くの職種の方にも活用してもらえるようにした。加えて、在宅移行支援の具体的なイメージを持ってもらえるよう、医学的重症度と社会的リスクが様々な状態にある事例を用いた在宅移行支援の実際を掲載した。また、実際のスクリーニング・アセスメント用紙、退院支援計画書、連絡票なども掲載し、実践に活かせるよう工夫した。

在宅移行に向けた支援は、突然始まる特別なケアではなく、「日々の支援」があってこそ成り立つものであり、この基盤となる「日々の支援」のプロセスのなかで、子ども・家族との相互作用を丁寧に積み重ねながら在宅支援移行に欠かせない支援を加えていくことである<sup>1)</sup>。そこで、妊娠期から退院後3か月までの支援の過程を示したフローチャートを作成し、児と家族のおかれた状態の時期に対応させて、それぞれの立場にある職種の役割を見えるようにした。

本ガイドラインは支援の根拠も記載している。ガイドラインの活用により多職種連携が促進し、さらには、日々の支援を振り返りながらその意味を考え、実践を積み重ねていく際の“道しるべ”になることを願っている。

### <引用文献>

- 1) 品川陽子：NICU からの退院調整 NICU 入院児支援コーディネーターの役割，小児看護，36（12），1601-1608，2013.

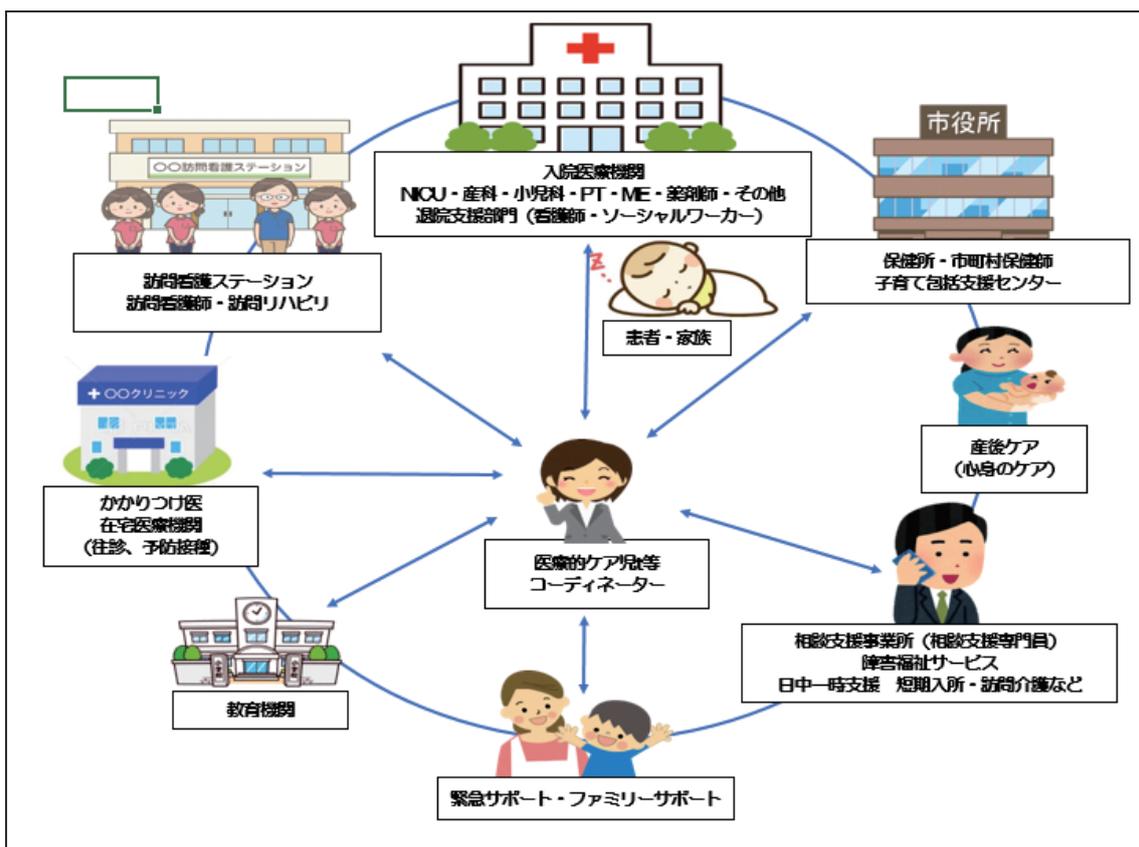
## Ⅱ. NICUから退院する医療的ケア児の退院調整の対象と連携について

### 1. 退院調整の対象と連携について

NICU から退院する医療的ケアを必要とする子どもとその家族が、安全に医療施設から住み慣れた地域に移行するためには、人工呼吸器装着を継続するような医学的側面を有する重症児、また、養育者自身の養育力や育児不安・負担などに関する社会的側面の両面からアセスメントし支援していくことが重要である。医学的側面と社会的側面に対し、看護師を中心とした多職種で、地域の支援機関と連携して取り組んでいくことが求められる。

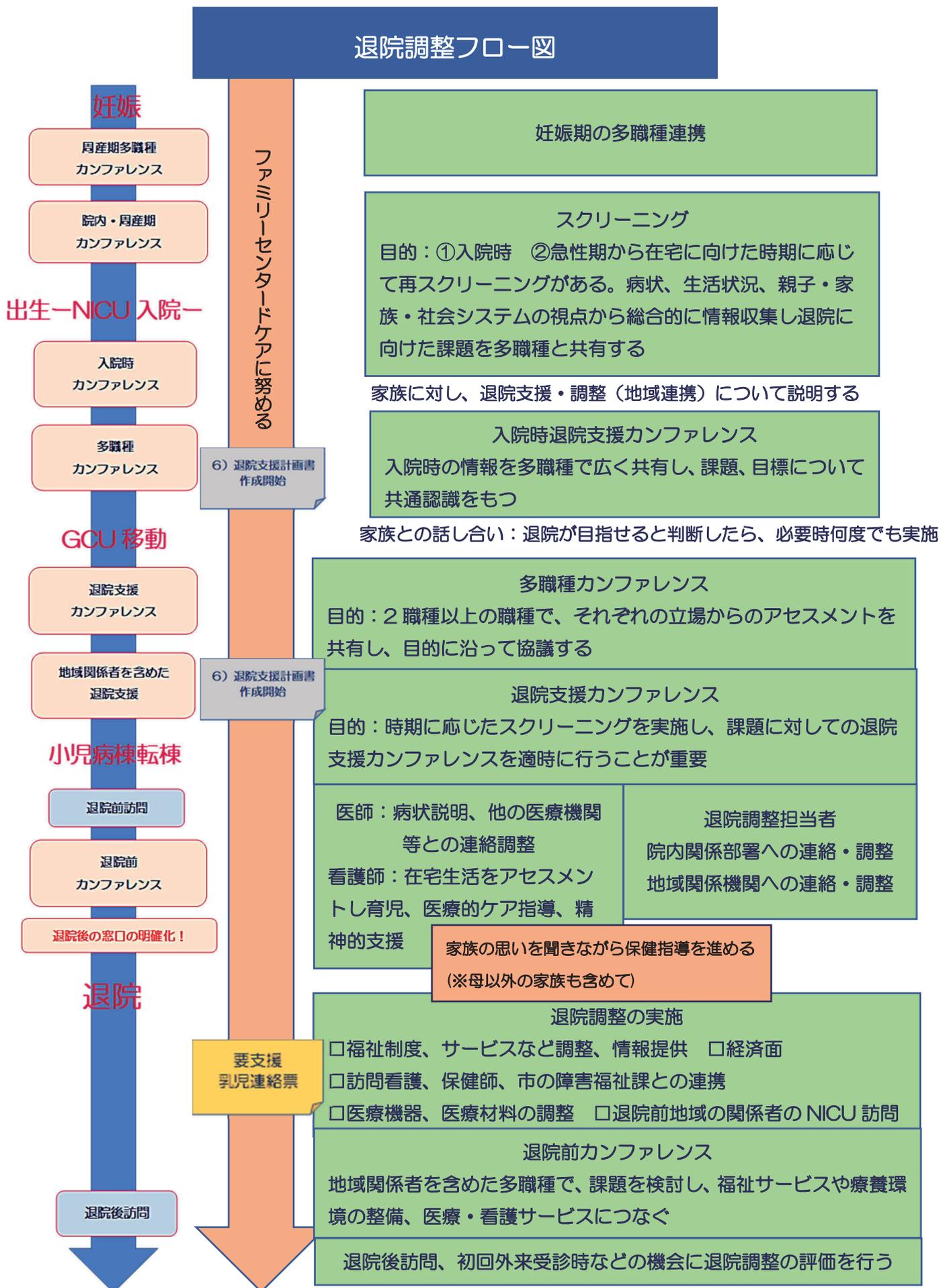
連携図は、NICU 入院児と、継続的に支援が必要な養育者への地域支援期間との連携の概要を示している。NICU 入院児の退院調整の場合は、産科外来や妊産婦の入院中、子どものNICU 入院などからスタートすることが多い。入院医療機関からの相談や情報提供が重要な役割を担っており、家族が子どもの安定した養育を行えるよう、地域との連携強化が求められる。早期から情報交換とコミュニケーションが重要である。また、退院時の児の医療的側面、養育者の社会的側面によって地域の様々な機関との連携を必要とする。

地域との連携図

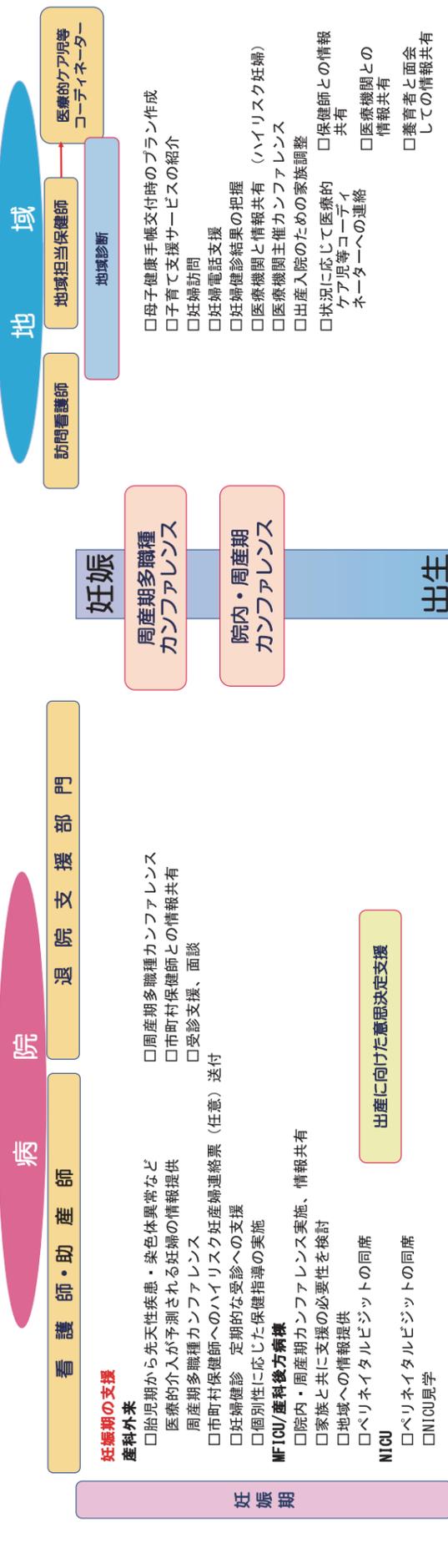


※医療的ケア児等コーディネーターとは、医療的ケアを必要としながら生活している子どもと家族の医療・保健・福祉・子育て・教育・保育等を総合的に調整する役割を担う。在宅生活を送る上で、医療的ケア児を支援するチームをサポートする。

## 2. NICUから退院する医療的ケア児の退院調整の流れ



# 医療的ケア児の在宅移行へのフローチャート



## 妊娠期

**妊婦期の支援**

- 胎児期から先天性疾患・染色体異常など医療的介入が予測される妊婦の情報提供
- 周産期多職種カンファレンス
- 市町村保健師へのハイリスク妊産婦連絡票 (任意) 送付
- 妊婦健康 定期的な受診への支援
- 個別性に応じた保健指導の実施

**MFTICU/産科後方病棟**

- 院内・周産期カンファレンス実施、情報共有
- 家族と共に支援の必要性を検討
- 地域への情報提供
- オペリネイタルビジットの同席
- NICU
- オペリネイタルビジットの同席
- NICU員字

**出産に向けた意思決定支援**

- 周産期多職種カンファレンス
- 市町村保健師との情報共有
- 受診支援、面談

**妊娠**

- 周産期多職種カンファレンス
- 院内・周産期カンファレンス

**出生**

- NICU入院
- 入院時カンファレンス
- 多職種カンファレンス

**NICU転室**

- 退院支援カンファレンス
- 地域関係者を含めた退院支援カンファレンス

**小児病棟転棟**

- 退院前訪問
- 退院前カンファレンス
- 退院後の窓口の明確化

**退院**

- 退院後訪問

## 児とその家族の危機に対する支援期

### 急性期

**児と家族の危機に対する支援期**

- 子どもへの治療・ケア
- 家族の危機に対する支援
- 母親・家族の面会時の支援
- 家族の受容段階確認

**スクリーニング①**

- 児のスクリーニング、経済状況などを含めた情報収集 (産科からの情報収集)
- 経済的支援、福祉制度に関する情報提供
- 院内調整会議とりまとめ (関連職種・日程調整等)
- 保健師・医療的ケア児等コーディネーター・相談支援専門員への連絡・調整・連携
- 医師、看護師、臨床心理士等の情報収集
- 多職種カンファレンス

**治療に関する意思決定支援**

- スクリーニング②

**スクリーニング②**

- 在宅に向けて、医師・看護師 訪問看護師・保健師等の関連職種と支援内容の共有、方向性の確認
- 必要な社会資源活用のための申請手続き
- 医療用具業者に必要な医療用具等について調整
- 退院支援カンファレンス

**スクリーニング③**

- 育児支援 (NICU、小児科看護師情報共有)
- 得たる養育者と支援者への医療的ケア手技習得支援 (NICU、小児科看護師情報共有)
- 家族の受容過程支援、承認
- 家族の在宅移行への意思確認
- 訪問看護ステーションの決定
- 訪問看護師へ継続する技術指導の申し送り
- 退院前カンファレンス (家族との顔合わせ)
- 母子同室による在宅トレーニング
- 小児病棟へ転棟、看護師と家族の顔合わせ
- 退院後に必要な医療機器とケア物品調整
- 試験外出・外泊・退院前訪問
- 在宅の環境整備・確認
- 退院後の通院手段
- 災害時対応について情報提供
- 要支援乳児連絡票の送付

**急性期**

- 出生届受理
- 低出生体重児届の受理
- 要支援乳児連絡票、ハイリスク妊産婦連絡票より医療機関との情報共有
- 養育医療申請受理
- 産後ケア事業利用
- 福祉サービス導入に向けて相談支援事業所等との連携
- 相談支援専門員との連携
- 訪問指導

**多職種カンファレンス**

- 相談支援専門員
- 養育者との契約
- 計画書の作成

## 在宅支援に向けた方針決定と児の受容支援 (促進) 期

### 急性期〜回復期

**児の受容支援 (促進)**

- 愛着形成支援
- 直接ケアへの参加支援 (児の状態に合わせ)
- 児の成長・発達の支援
- 児の予後の受容・療育の不安に対するケア
- 養育者の思いや考え方等への支援
- 家族の受容段階の確認

**在宅に向けた方針決定支援**

- 児の予後、成長発達上の課題確認
- 家族の技術獲得指導内容の決定
- 子育て、療育への支援
- 医療的ケアの手技習得に向け看護計画立案
- 医療的ケアの手技練習の開始
- 生活リズムの把握確認
- 退院後の生活のイメージ形成
- 住居等に関する情報収集
- 住居環境に合わせた支援の明確化
- 退院支援カンファレンス

**スクリーニング④**

- 退院に向けた意思決定支援

**スクリーニング④**

- 在宅に向けて、医師・看護師 訪問看護師・保健師等の関連職種と支援内容の共有、方向性の確認
- 必要な社会資源活用のための申請手続き
- 医療用具業者に必要な医療用具等について調整
- 退院支援カンファレンス

**スクリーニング⑤**

- 養育者の在宅意思確認
- 養育者の調整・支援
- 同じような状態にある家族等によるサポート
- 住居の環境確認
- 関係部署 (小児科病棟、外来看護師)、保健師との連絡・調整
- 訪問看護ステーションの看護師、市町村保健師との連携・協働、IPW (多職種連携) の目的を明確化
- 必要な支援の明確化、それに伴う医療材料機器の調整
- 医療用具業者と家族、訪問看護師との打ち合わせ
- 養育者・訪問看護師・保健師・看護師等と試験外泊・退院前訪問の準備・支援・評価
- 在宅に向けた住居の環境整備 (退院前家庭訪問)
- レスパイトの確保 (早期からの情報提供)
- 緊急時の連絡体制 (消防署への情報共有)

**回復期**

- 出生届受理
- 低出生体重児届の受理
- 要支援乳児連絡票、ハイリスク妊産婦連絡票より医療機関との情報共有
- 養育医療申請受理
- 産後ケア事業利用
- 福祉サービス導入に向けて相談支援事業所等との連携
- 相談支援専門員との連携
- 訪問指導

**多職種カンファレンス**

- 相談支援専門員
- 養育者との契約
- 計画書の作成

**NICU転室**

- 退院支援カンファレンス
- 地域関係者を含めた退院支援カンファレンス

**小児病棟転棟**

- 退院前訪問
- 退院前カンファレンス
- 退院後の窓口の明確化

**退院**

- 退院後訪問

## 在宅に向けた具体的準備期

### 安定期

**在宅に向けた具体的準備支援**

- 育児支援 (NICU、小児科看護師情報共有)
- 得たる養育者と支援者への医療的ケア手技習得支援 (NICU、小児科看護師情報共有)
- 家族の受容過程支援、承認
- 家族の在宅移行への意思確認
- 訪問看護ステーションの決定
- 訪問看護師へ継続する技術指導の申し送り
- 退院前カンファレンス (家族との顔合わせ)
- 母子同室による在宅トレーニング
- 小児病棟へ転棟、看護師と家族の顔合わせ
- 退院後に必要な医療機器とケア物品調整
- 試験外出・外泊・退院前訪問
- 在宅の環境整備・確認
- 退院後の通院手段
- 災害時対応について情報提供
- 要支援乳児連絡票の送付

**スクリーニング⑥**

- 養育者の在宅意思確認
- 養育者の調整・支援
- 同じような状態にある家族等によるサポート
- 住居の環境確認
- 関係部署 (小児科病棟、外来看護師)、保健師との連絡・調整
- 訪問看護ステーションの看護師、市町村保健師との連携・協働、IPW (多職種連携) の目的を明確化
- 必要な支援の明確化、それに伴う医療材料機器の調整
- 医療用具業者と家族、訪問看護師との打ち合わせ
- 養育者・訪問看護師・保健師・看護師等と試験外泊・退院前訪問の準備・支援・評価
- 在宅に向けた住居の環境整備 (退院前家庭訪問)
- レスパイトの確保 (早期からの情報提供)
- 緊急時の連絡体制 (消防署への情報共有)

**スクリーニング⑦**

- 養育者の在宅意思確認
- 養育者の調整・支援
- 同じような状態にある家族等によるサポート
- 住居の環境確認
- 関係部署 (小児科病棟、外来看護師)、保健師との連絡・調整
- 訪問看護ステーションの看護師、市町村保健師との連携・協働、IPW (多職種連携) の目的を明確化
- 必要な支援の明確化、それに伴う医療材料機器の調整
- 医療用具業者と家族、訪問看護師との打ち合わせ
- 養育者・訪問看護師・保健師・看護師等と試験外泊・退院前訪問の準備・支援・評価
- 在宅に向けた住居の環境整備 (退院前家庭訪問)
- レスパイトの確保 (早期からの情報提供)
- 緊急時の連絡体制 (消防署への情報共有)

**安定期**

- 出生届受理
- 低出生体重児届の受理
- 要支援乳児連絡票、ハイリスク妊産婦連絡票より医療機関との情報共有
- 養育医療申請受理
- 産後ケア事業利用
- 福祉サービス導入に向けて相談支援事業所等との連携
- 相談支援専門員との連携
- 訪問指導

**多職種カンファレンス**

- 相談支援専門員
- 養育者との契約
- 計画書の作成

**NICU転室**

- 退院支援カンファレンス
- 地域関係者を含めた退院支援カンファレンス

**小児病棟転棟**

- 退院前訪問
- 退院前カンファレンス
- 退院後の窓口の明確化

**退院**

- 退院後訪問

## 在宅支援期

### 在宅期

**在宅不安定期支援 (退院後 1ヶ月程度)**

- 退院後フォロー支援 (外来・訪問看護)
- 退院後受診、訪問看護、保健師訪問等初回日程調整
- 退院後緊急時対応確認 (家庭、医療滞り)
- 家族の養育支援
- 救急外来、小児科外来、訪問看護へ情報提供
- 申し送り内容：人工呼吸器、自発呼吸の有無 DNAR (蘇生処置拒否)、医療処置内容

**在宅期 (退院後 3ヶ月程度まで)**

- 外来受診 (定期受診、緊急時受診)
- 医療的ケア物品調達、管理
- 小児科外来、訪問看護師情報共有
- 生活上の課題とその対応 (多職種連携)
- 家族と患児への承認
- 家族の養育支援、承認と励まし

**スクリーニング⑧**

- 養育者の在宅意思確認
- 養育者の調整・支援
- 同じような状態にある家族等によるサポート
- 住居の環境確認
- 関係部署 (小児科病棟、外来看護師)、保健師との連絡・調整
- 訪問看護ステーションの看護師、市町村保健師との連携・協働、IPW (多職種連携) の目的を明確化
- 必要な支援の明確化、それに伴う医療材料機器の調整
- 医療用具業者と家族、訪問看護師との打ち合わせ
- 養育者・訪問看護師・保健師・看護師等と試験外泊・退院前訪問の準備・支援・評価
- 在宅に向けた住居の環境整備 (退院前家庭訪問)
- レスパイトの確保 (早期からの情報提供)
- 緊急時の連絡体制 (消防署への情報共有)

**スクリーニング⑨**

- 養育者の在宅意思確認
- 養育者の調整・支援
- 同じような状態にある家族等によるサポート
- 住居の環境確認
- 関係部署 (小児科病棟、外来看護師)、保健師との連絡・調整
- 訪問看護ステーションの看護師、市町村保健師との連携・協働、IPW (多職種連携) の目的を明確化
- 必要な支援の明確化、それに伴う医療材料機器の調整
- 医療用具業者と家族、訪問看護師との打ち合わせ
- 養育者・訪問看護師・保健師・看護師等と試験外泊・退院前訪問の準備・支援・評価
- 在宅に向けた住居の環境整備 (退院前家庭訪問)
- レスパイトの確保 (早期からの情報提供)
- 緊急時の連絡体制 (消防署への情報共有)

**在宅期**

- 出生届受理
- 低出生体重児届の受理
- 要支援乳児連絡票、ハイリスク妊産婦連絡票より医療機関との情報共有
- 養育医療申請受理
- 産後ケア事業利用
- 福祉サービス導入に向けて相談支援事業所等との連携
- 相談支援専門員との連携
- 訪問指導

**多職種カンファレンス**

- 相談支援専門員
- 養育者との契約
- 計画書の作成

**NICU転室**

- 退院支援カンファレンス
- 地域関係者を含めた退院支援カンファレンス

**小児病棟転棟**

- 退院前訪問
- 退院前カンファレンス
- 退院後の窓口の明確化

**退院**

- 退院後訪問

日本看護協会 「NICU/GOUにおける小児在宅移行支援パス」に基づいたものである

NICU/GCUにおける小児在宅移行支援パスと教育プログラム 2019年度版

NICU/GCUにおける小児在宅移行支援パス							
	児とその家族の危機に対する支援期	在宅支援にむけた方針決定期	児の受容支援（促進）期	在宅にむけた具体的準備期		在宅不安定期（退院後1か月程度）	
児の病態・治療	<input type="checkbox"/> 急性期 (子どもの安定、親子関係構築に向けた支援)	<input type="checkbox"/> 急性期～回復期（リハビリ検討）	<input type="checkbox"/> 安定期（リハビリ依頼）	<input type="checkbox"/> 安定期		<input type="checkbox"/> 在宅での環境変化に心身の変化がある時期	
養育者の状況	<input type="checkbox"/> 子どもの病状等のショックや不安 <input type="checkbox"/> 子どもの病状等について不安な時期 <input type="checkbox"/> 子どもに対する自責の念	<input type="checkbox"/> 子どもの病状・予後等の受容・希望 <input type="checkbox"/> 母親の乳房緊満による不安・戸惑い	<input type="checkbox"/> 子どもの病状や在宅ケアの認識、希望等 <input type="checkbox"/> 在宅ケアに必要な手続き、関係職種との顔合わせに混乱	<input type="checkbox"/> 在宅に必要な医療的ケアの手法習得 <input type="checkbox"/> 必要時、住居の改築 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源活用のために申請手続 <input type="checkbox"/> 小児病棟、外来看護師との顔合わせ		<input type="checkbox"/> 子どもの支援に対する不安と緊張 <input type="checkbox"/> 孤独と疲労	
関係職種	医師・看護師・MSW・臨床心理士・保健師等		PT・訪問看護師・相談支援専門員	MSW・PT・保健師・在宅支援関連の職種・消防署		PT・OT・保健師	
医療機関	医師	<input type="checkbox"/> 子どもの病状・治療 <input type="checkbox"/> 子どもの病状・治療について家族への説明	<input type="checkbox"/> 子どもの治療および家族への説明 <input type="checkbox"/> 予測される障害を含めた子どもの成長・発達に関する説明	<input type="checkbox"/> 養育者への在宅意思決定確認 <input type="checkbox"/> 必要な医療用具に関する説明	<input type="checkbox"/> 子どもの状態変化時の対応について家族に説明 <input type="checkbox"/> 通所の必要性について家族に説明	<input type="checkbox"/> 地域医療機関への情報提供書の作成 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションの指示書作成 <input type="checkbox"/> 消防署への連絡	
	退院支援看護師・MSW	<input type="checkbox"/> 児のスクリーニング、家族の情報・経済状況などを含めた情報収集（産科からの情報収集） <input type="checkbox"/> 経済的支援、福祉制度に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 院内調整会議とりまとめ（関連職種、日程調整等） <input type="checkbox"/> 保健師（保健センター/保健所）・相談支援専門員への連絡・調整・連携 <input type="checkbox"/> 医師、看護師、臨床心理士等の情報収集	<input type="checkbox"/> 養育者の思い、子育てに関する考え等について関係職種と共有	<input type="checkbox"/> 養育者の在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 在宅にむけて、医師・看護師・訪問看護師・保健師等の関連職種と支援内容の共有、方向性の確認 <input type="checkbox"/> 養育者と訪問看護師の面談 <input type="checkbox"/> 医療機器販売業者等と必要な医療機器・医療材料等について調整 <input type="checkbox"/> 退院後のイメージ形成 <input type="checkbox"/> 家族の受け入れ状態 <input type="checkbox"/> 代理受診の検討・調整（連携）	<input type="checkbox"/> 必要な支援の明確化、それに伴う医療機器、医療材料等の調整 <input type="checkbox"/> 居住環境の整備 <input type="checkbox"/> 病院看護職が在宅を訪問し、子どもの療養環境を確認 <input type="checkbox"/> 同じ様な状態にある家族等によるサポート状況の確認 <input type="checkbox"/> 医療機器販売業者等と家族、訪問看護師との打合せ <input type="checkbox"/> 関係部署（小児病棟、外来看護師）、保健師との連絡・調整	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションの看護師、市町村保健師の連携・協働（多職種連携の目的を明確化） <input type="checkbox"/> 養育者・訪問看護師・保健師・看護師等と、院内外泊、試験外泊に向けた準備・支援・評価 <input type="checkbox"/> 在宅に向けた居住の環境整備（退院前家庭訪問） <input type="checkbox"/> 養育者の調整・支援 <input type="checkbox"/> レスパイトの確保	
	看護師・臨床心理士	<input type="checkbox"/> 子どもの治療 <input type="checkbox"/> 母親・家族の面会時の支援 <input type="checkbox"/> 愛着形成支援 <input type="checkbox"/> 家族の情報収集（キーパーソンの確認） <input type="checkbox"/> 母乳分泌支援 <input type="checkbox"/> NICU環境に関する支援	<input type="checkbox"/> 養育者の思い、考え等への支援 <input type="checkbox"/> 子育て、療育への支援 <input type="checkbox"/> 住居等に関する情報収集 <input type="checkbox"/> 臨床心理士との面談	<input type="checkbox"/> 児の成長・発達について <input type="checkbox"/> 児への直接ケアの参加支援 <input type="checkbox"/> 生活リズムの把握・確認 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションの説明 <input type="checkbox"/> 居住環境に合わせた支援の明確化および家族の手法獲得にむけた看護計画の立案	<input type="checkbox"/> 臨床心理士との面談	<input type="checkbox"/> 在宅にむけた居住環境の準備状況の確認 <input type="checkbox"/> 院内外泊、試験外泊に向けた準備、養育者への支援	<input type="checkbox"/> 医師・看護師・訪問看護師・保健師等と退院支援に関する評価・共有
	小児病棟/外来看護師			<input type="checkbox"/> 家族と訪問看護師、医療機関関係者によるケア会議	<input type="checkbox"/> 転科転棟に向けた準備・情報共有 <input type="checkbox"/> 継続した支援への課題共有	<input type="checkbox"/> 家族との顔合わせ、子どもの急変や災害時等の支援に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 外来受診の説明（病院、かかりつけ医、訪問看護ステーション）	<input type="checkbox"/> 医療機関の看護職による訪問 <input type="checkbox"/> ケアの確認 <input type="checkbox"/> 承認と励まし <input type="checkbox"/> 家族の不安表出支援 <input type="checkbox"/> 家族の休息 <input type="checkbox"/> 通所・一時預かりの確保
地域生活支援	医師		<input type="checkbox"/> 退院支援カンファレンスの参加	<input type="checkbox"/> ケア会議	<input type="checkbox"/> ケア会議、急変等の医療機関の確保		
	訪問看護師		<input type="checkbox"/> 退院支援カンファレンスの参加	<input type="checkbox"/> 在宅に必要な支援の調整 <input type="checkbox"/> ケア会議 <input type="checkbox"/> 防災および災害時の準備・対応	<input type="checkbox"/> 急変時対応への支援・調整		
	保健師	<input type="checkbox"/> 社会資源と必要な支援に関する情報収集および支援内容の確認・調整	<input type="checkbox"/> 社会資源と必要な支援の確認、方針の共有	<input type="checkbox"/> 退院支援カンファレンスの参加	<input type="checkbox"/> 活用できる資源の確保および情報提供 <input type="checkbox"/> ケア会議 <input type="checkbox"/> 地域における障がいのある子どもへの災害支援	<input type="checkbox"/> 地域の社会資源の情報収集と提供 <input type="checkbox"/> 必要時、活用できる資源に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 訪問回数・間隔等のアセスメント	
小児在宅移行支援に関わる看護職のための教育プログラム							
教育プログラム（経験年数5年目相当）	目標となる養育者の状態	<input type="checkbox"/> 子どもとの面会ができる <input type="checkbox"/> 子どもの病状について理解できる <input type="checkbox"/> 子どもへの思いが表出できる	<input type="checkbox"/> 子どもの病状・予後について受容できる <input type="checkbox"/> 子どもとの関係性（親子関係）を築いていくことができる <input type="checkbox"/> 退院（在宅）に向けたイメージが持てる	<input type="checkbox"/> 必要な申請手続きが理解でき、準備ができる <input type="checkbox"/> 退院後の生活に関わる職種間の役割について理解できる <input type="checkbox"/> 退院に向けて家族内調整ができ、家族が児を受け入れる準備ができる <input type="checkbox"/> 子どもの成長・発達への理解（実感）ができる、相談できる、疑問を表出できる	<input type="checkbox"/> 子どもの状態を観察することができる <input type="checkbox"/> 在宅で必要な手技の獲得ができる <input type="checkbox"/> 在宅で子どもの養育をする際の疑問や不安について表出することができる <input type="checkbox"/> 急変時の対応が理解できる <input type="checkbox"/> 防災および災害時の対応を理解し準備できる	<input type="checkbox"/> 社会資源、経済的支援活用の準備ができる	<input type="checkbox"/> 退院してから1か月間、他者の支援を受けながら養育することができる <input type="checkbox"/> 家族をはじめ、訪問看護師や保健師等に、子どもの支援や不安等を相談することができる
	アセスメントの視点	<input type="checkbox"/> 妊娠期の経過 <input type="checkbox"/> 母親の身体的・心理的・社会的状況 <input type="checkbox"/> 家族（キーパーソン）構造と機能 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産への思い <input type="checkbox"/> 出産後の身体的変化	<input type="checkbox"/> 子どもの病状・予後に関する受止め <input type="checkbox"/> 親子関係（愛着形成）、夫婦関係の構築 <input type="checkbox"/> 在宅にむけた家族の準備状況	<input type="checkbox"/> 養育者の準備状況と理解 <input type="checkbox"/> 養育者の心理的状況 <input type="checkbox"/> 地域・在宅に必要な情報の理解	<input type="checkbox"/> 養育者への支援（エンカレッジ） <input type="checkbox"/> 家族内調整の程度 <input type="checkbox"/> 急変時対応への理解 <input type="checkbox"/> 防災および災害時対応の理解		<input type="checkbox"/> 退院後の支援を評価できる
	項目	・NICU入院状況の把握（予期せぬ入院、あるいはMFICU等）入院し事前情報等） ・児のスクリーニング ・家族背景・社会背景のスクリーニング	・家族の養育力の把握 ・子育てと療育することの違いへの理解	・代理受診の検討 ・関連職種の役割への理解	・養育者に子どもの一般状態について伝えることができる ・子育て、療育の視点を持ち養育者に関わることができる	・在宅で療養している他の子どもの在宅訪問の必要性の有無 ・母親と家族の健康状態	

NICU に入院する児は、産科外来や妊産婦の入院中からリスク評価を行い多職種での情報共有が重要である。NICU に入院した児は、退院支援が必要な状況を把握するために、入院早期からスクリーニング票を用いたアセスメント、院内カンファレンス、院内カンファレンスに基づいた退院支援計画の立案、子どもと家族の意思決定への支援、多職種の連携などを効果的にすすめるためのフローチャートを作成した。入院から退院後まで、全てのプロセスにおいて、家族と共に話し合い、繰り返しのカンファレンスを行い、同じ方向を向いて退院支援を行うことが重要である。看護師は、子どもの状態、家族の意思決定や育児支援と歩調を合わせながら退院調整担当者（退院調整看護師、MSW（医療ソーシャルワーカー）、NICU 入院児支援コーディネーター）と連携していく重要な役割を担う。

※このフローチャートは、日本看護協会「NICU/GCU における小児在宅移行支援パスと教育プログラム」を基に作成した「医療的ケア児の在宅移行へのフローチャート」から抜粋したものである。

## 1) 妊娠期の多職種連携

### (1) 妊娠期

【妊娠初期からの関わり】

産後ケアへの切れ目のない支援に向けて「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」<sup>1)</sup>が作成され、妊娠初期から産後までアセスメントシートや推奨されるチェックリストを活用して各周産期医療施設で支援の必要な妊婦の把握を行っている。各周産期医療施設から支援の必要な妊産婦に対して子育て支援のためのノンストップ窓口である「子育て世代包括支援センター」へ情報提供を行っている。また、「子育て世代包括支援センター」から地域で把握した支援の必要な妊婦について各周産期医療施設に情報提供を行っている。地域と周産期医療施設の双方向で情報共有を行い妊娠中から切れ目のない支援を行う体制を整えている。

支援を要する妊婦のスクリーニングをするためのアセスメントシート<sup>2)</sup>には、妊娠・出産に関する要因として胎児の状況「疾病」「障害（疑いを含む）」「多胎」の項目があり、出産後に児に医療介入の可能性が高い妊婦へ妊娠中からの支援が必要とされ、妊娠中から地域の保健師をはじめ、新生児科医師、NICU スタッフ、MSW など多職種との連携が重要となる。妊娠期からの地域を含めた多職種が関わることによって、出産前から母を支える体制を整えることが可能となる。産後に児が NICU に入院となり母児分離が起こったとしても母への心理的・身体的・社会的支援の速やかな提供が可能となる。母が出産後に病院を退院後も母への支援が継続されることにより、孤立化を防ぐことができる。

## 【支援の実際】

### ■健診時

妊娠中にアセスメントシートや各期で推奨されるチェックリストを活用し、支援が必要な妊婦を把握し、妊娠中から地域と連携し子育て支援を行っている。また出産後には産後2週間健診、産後1か月健診において質問紙票を用いてスクリーニングを行い、産後うつ症状の早期発見に努め、育児サポート体制の確認を行い、さらなる支援の必要性について検討し、地域と連携している。

- ① アセスメントシート（支援を要する妊婦のスクリーニング）<sup>2)</sup>
  - ・ 実施時期 妊娠中全ての時期を通じて実施可。
  - ・ 特定妊婦※<sup>1)</sup>かどうかを判定するものではなく、あくまで目安の一つとする。支援の必要性や心配なことがある場合には該当の「子育て世代包括支援センター」へ連絡することが求められている。
- ② 質問紙Ⅰ 育児支援チェックリスト
  - ・ 実施時期 妊娠中期～後期
  - ・ 母親の抱えている背景要因を把握することができる
- ③ 質問紙Ⅱ エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）
  - ・ 実施時期 妊娠中～産後
  - ・ 産後うつ病をスクリーニングするために開発された質問紙表である
- ④ 質問紙Ⅲ 赤ちゃんへの気持ち質問票
  - ・ 実施時期 分娩後
  - ・ 母親が子どもへ抱く気持ち（愛着）について調査する簡便な質問紙表である

### ※特定妊婦とは

特定妊婦とは出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦（児童福祉法第6条の3第5項）と定められている。

【国が示す特定妊婦の例示（妊産婦メンタルヘルスマニュアル）】

- ① すでに養育の問題がある妊婦
- ② 支援者がいない妊婦（未婚、ひとり親、身近な支援者の不在など）
- ③ 妊娠の自覚がない・知識がない、出産の準備をしていない
- ④ 望まない妊娠をした妊婦
- ⑤ 若年妊婦
- ⑥ ところに問題がある妊婦
- ⑦ 経済的に困窮している妊婦
- ⑧ 妊娠届未提出、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診または受診回数の少ない妊婦

## 2) 周産期多職種カンファレンス

外来や入院中のスクリーニングで抽出された「特定妊婦」を中心に「気になる妊産褥婦」の情報を院内の多職種（産科医師、新生児科医師、精神科医師、産科外来・産科病棟・NICU 看護スタッフ、臨床心理士、退院調整コーディネーター、MSW（医療ソーシャルワーカー）、産科・NICU サポートセンタースタッフなど）で共有するために定期的（1回/月）に一堂に会してカンファレンスを行う。可能であれば、地域保健師も定期カンファレンスに参加することが望ましい。多職種で現状を共有し、治療方針や支援の検討を行い、多角的な視点で対象をとらえて、切れ目のない支援提供へつなげる。福島県は面積が広いので、地域保健師が施設の定期カンファレンスに参加することが難しい場合は、周産期多職種カンファレンスにおいては院内スタッフで地域との個別対応の必要な妊産褥婦の絞り込みを行い、計画的に地域保健師との合同カンファレンスを計画する。

合同カンファレンスでは院内多職種に加えて地域の担当保健師や対象によっては児童相談所など関係各機関が一堂に会して母子が安心して地域で子育てをするための支援について話し合う。妊娠中の状況と出産後の状況が変化することも多く、産前・産後にそれぞれカンファレンスを実施することが多い。地域保健師等は直接産科医師や精神科医師に医学的な注意点を確認することができ、産科外来・病棟・NICU 看護スタッフから母の精神状態や胎児および出生児への愛着形成、新生児への養育態度などの情報を得られる。それらの情報を元に地域での支援方法を検討することができる。産後ケアについてはアウトリーチ型、宿泊型、日帰り型の3通りがあり、保健師の家庭訪問や電話訪問、病院での産後2週間健診などを含めて具体的にどのような支援を組み合わせるかを調整し、切れ目のない支援が行われるように話し合う。

## 3) 院内・周産期カンファレンス

出生後に新生児科医師の介入が予測されるケースについて定期的にカンファレンスを行う。新生児科医師、産科医師、NICU 看護師、産科病棟・外来看護師が一同に会して、情報共有を行い、治療方針の確認を行う。NICU 入室が予測されるケースの中でペリネイタルビジットの必要性も検討され、実施の日程調整も行われる。経膈分娩で出産する妊婦が対象者である場合には、新生児科医師の分娩立ち会いの有無についても検討し、共有される。NICU 空床状況についても情報共有され、妊婦搬送についても検討される。

<引用文献>

- 1) 日本産婦人科医会：妊産婦メンタルヘルスマニュアル、平成 29 年 3 月。  
URL: 日本産婦人科医会 妊産婦メンタルヘルスマニュアル  
[http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/06/jaogmental\\_L\\_0001.pdf](http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/06/jaogmental_L_0001.pdf)
- 2) 支援を要する妊婦のスクリーニングシート（要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について（平成 28 年 12 月 16 日付雇児母発 1216 第 2 号、別表 1）：平成 28 年 12 月 16 日付雇児母発 1216 第 2 号、別表 1

#### 4) ペリネイタルビジット・NICU 見学

##### 【ペリネイタルビジットについて】

ペリネイタルビジットとは、産科医の紹介で、妊婦とその家族が小児科医師（新生児科医師）から、個別にいろいろ話を聞くことである。子どもの誕生前、または誕生後早期に小児科医師から説明を聞くことで妊婦とその家族が誕生後の子どものイメージができるようになる。「ペリネイタル」は「産前産後（出生前後）」の意味。「ペリネイタル・ビジット（出生前）」ということもある。

特に出生後に NICU 入院の可能性がある胎児に関して、新生児科医師がペリネイタルビジットを実施するときは、妊婦とその家族の意思決定支援にもつながる場合が多い。そのため NICU または産科看護師も同席しペリネイタルビジット後の妊婦とその家族への精神的支援および出産前後の継続的な支援を行う体制を整えることが重要である。

##### 【産前 NICU 見学の目的】

- ① ハイリスク妊産婦とその家族に対し、不安の緩和、愛着形成を促す。
- ② チームで児の情報共有、家族と医療者の関係構築をすることで切れ目のない看護につなげる。

※医師（小児科、脳外科、小児循環器科、小児外科等）からの病状説明、NICU スタッフによる病棟の説明および病棟見学を行う。

##### 【対象】

児が NICU に入院する可能性があり、産前訪問を希望する妊婦と家族とする。

##### 【時期】

産科医師、小児科医師、助産師、看護師が適切と判断し、妊婦と家族が希望する時期に実施する。

##### 【病棟の説明内容】

写真付きの病棟紹介ファイルなどを活用し、児の病態や週数に合わせ必要な説明を行う。NICU にて、プライバシーを保護し見学を行う。

- ① NICU の概要：NICU（集中治療を要する場所）と GCU（集中治療を終え全身状態が安定した児が過ごす場所）に分けられている。早産児、低出生体重児、疾患のある児が入院する。
- ② 治療環境（保育器、インファントウォーマー、コット）やモニター、医療機器（人工呼吸器、点滴等）が準備される。  
母親のお腹の中に近い環境とし、成長発達や睡眠のリズムを阻害しないように照明の調整や環境音に注意している。
- ③ 母乳栄養のメリットについて
- ④ 感染対策について
- ⑤ チーム支援について

## 【注意点】

- ① 疑問、質問の有無を確認し対応する。※実施後の家族の反応をスタッフ間で共有する。
- ② 心配な事、不安な事があればいつでも話してもらってよいと説明する。
- ③ 詳細な説明については、児が入院後に改めて説明することを伝える。
- ④ 他入院患児や家族への配慮に心掛ける。
- ⑤ 妊婦の状態変化に注意し、異常時は産科スタッフに連絡する。

## 5) スクリーニング ※病棟看護師が実施する

- (1) 「急性期（児とその家族の危機に対する支援期）」入院当日～48 時間以内に記入  
(入院時の児の状態・社会的背景に関する情報)  
入院時の児の状態、社会的背景について情報を収集し、課題を抽出し共有する。
- (2) 在宅の支援に向けた方針決定と児の受容支援（促進）期  
(社会的背景及び継続的医療ケアに関する情報 全身状態が安定した頃)  
家庭環境及び継続的医療ケアの情報をアセスメントする。
- (3) 在宅に向けた具体的準備期  
(育児環境に関する情報 養育者・支援者が医療的手技習得に参加する時期：安定期)  
養育者の技術習得の状況を評価し退院に向けた養育力を具体的にアセスメントする。

スクリーニングは入院時に行う初期スクリーニングと、急性期から在宅に向けた時期に応じて(在宅に向けた方針決定期、在宅に向けた具体的準備期)行う再スクリーニングがある。病状だけでなく、生活状況、親子・家族・社会システムの視点から総合的に情報収集しスクリーニング票に記載していく。チェックリストとしてではなく、アセスメントに活用し、退院に向けた課題を多職種と共有することである。

- (4) 社会的支援、サービス情報については、退院調整部門と共有する。

## 6) 看護師による支援の説明

両親や家族の思いや不安を傾聴し、情報収集に努める。また、子どもと家族の状況に照らし合わせ、退院後の生活も含めて NICU と地域との連携体制について説明し同意を得ておく。

## 7) 入院時退院支援カンファレンス

医師、看護師、退院調整担当者などの多職種医療チームが合同でカンファレンスを開催す

ることが重要である。スクリーニング票に沿って得た情報を多職種で広く共有し、どのような調整が必要かをアセスメントする。状況に応じ、家族も含めて実施することを検討する。それにより退院に向けた課題、目標について家族と医療者が共通認識を持つことが重要である。

検討事項例は以下のとおりである。

- (1) 入院中の経過、現状、予測される状況
- (2) 家族背景、受け入れ状況
- (3) 退院に向けた課題、目標、予測される支援内容
- (4) 次回のカンファレンス時期（状態）の選定

## 8) 多職種カンファレンス

2 職種以上の職種で、それぞれの立場からのアセスメントを共有し、目的に沿って協議する。

## 9) 退院支援カンファレンス

時期に応じたスクリーニングを実施し、課題に対しての退院支援カンファレンスを適時に行うことが重要である。

## 10) 退院前カンファレンス

子どもに関わる地域関係者を含めた多職種で、退院後の生活のイメージを共有し、生活課題を検討する。その上で、福祉サービスや療養環境の整備、医療・看護サービスにつなぐ。

※ 在宅移行後の児の療養や家族を支えるためにレスパイト（一時的な休息）ケアが重要である。家族は退院後、早期に介護疲労が出やすい。家族の休養、家族の病気、冠婚葬祭、きょうだいの行事への参加など個々の事情に合わせて療養施設の短期入所などの利用を話し合っておく必要がある。（療養施設については、状況が変わりうるため関係者で情報を共有していく。）一方、レスパイトケアを行っている療養施設は限られている現状にある。レスパイトケアを大きく分けると、医療機関や福祉施設への宿泊または日帰り、通所、また、看護師やホームヘルパーなどが自宅に訪問するというかたちがある。児に関わる支援者が連携して知恵を出し合い、新しい社会資源を作っていくことも求められている。また、退院後の生活に合わせて、ケアを変更することが必要になることもある。退院後早期の短期入院を予定しておくことで、この期間に在宅医療の評価を行い再調整することも有効である。

## 11) 家族との話し合い

日々、両親・家族の思いや不安を傾聴し信頼関係を確立していく。子どもの病状から退院が目指せると判断されたら、家族と退院について具体的な話し合いを開始する。主な目的は、家族の意思決定を支援し、家族と目標を統一し、家族が主体的に退院の準備に参加できるようにすることである。家族の状況によっては、繰り返し話し合いを行う場合もある。MSW（医療ソーシャルワーカー）から、社会資源・社会保障制度・地域支援体制などについて家族へしっかり説明することも重要である。

- (1) 両親・家族を含め、医師、看護師、退院調整担当者を含む関係職種で退院後の生活について話し合う。
- (2) 入院中の経過、現在の状態、退院時期、退院後の生活について予測されること、福祉制度、サービス等について説明する。
- (3) 両親・家族の思いや希望、不安を確認し、退院後の生活がイメージできるように支援する。

## 12) 退院支援計画書の作成 ※各施設内で、役割分担を行う

退院支援計画とは、アセスメントにより把握された退院に向けて支援が必要な状況、目標、支援内容、退院後に利用が予測される社会資源、サービス事業者や担当者などが記載されているものである。

家族を含めた在宅療養生活を具体的に想定し、全体を把握したうえで、必要なニーズを明確にして作成する。

- (1) 時期：入院時スクリーニングと院内カンファレンスにより子どもと家族に何らかの支援が必要だと判断された時期に作成する。※家族に説明する際は、児の状態や家族の精神状態を配慮することが重要である。
- (2) 様式：以下の内容を含むこと
  - ① 患者氏名、入院日、退院支援計画書着手日、退院支援計画作成日
  - ② 退院困難な要因
  - ③ 退院に関する患者以外の相談者
  - ④ 退院支援計画を行う者の氏名
  - ⑤ 退院に係る問題点、課題等
  - ⑥ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービスと担当者
- (3) 子どもの状況や方向性が変わった場合は、計画変更や計画書の再作成を行う。

## 13) 要支援乳児連絡票（退院時のみではなく、入院中は情報共有のために使用できる）

### 3. 家族の意思決定を支援する ※在宅移行に向けて

NICU 入院児の家族の意思決定は、家族が子どもの代理意思決定をすることであり、子どもが何を望んでいるかという子どもの最善を考え決定することが重要である。しかし、子どもの病気は家族にとって危機的状況であり、さらには、NICU 入院児の家族は家族としての一歩を踏み出した状況であることも多く、特殊な医療の場で状況を理解し、子どもの権利を擁護していくには困難を伴う。支援者は家族がこのような状態におかれていることを理解し、家族の意思決定を支援することが必要である。

家族の意思決定は、家族成員個々の意思決定ではなく、成員間の相互作用によって形成されるものであり、家族内での合意形成を目指すものであるとされている<sup>1)</sup>。家族としての意思決定に影響を与える要因には、家族間の人間関係やコミュニケーション、家族としての価値観、家族としての生活パターンや役割がある<sup>2)</sup>。夫婦間の関係のみならず、祖父母も含めた関係、そして、特に母親に負担がかかっていないか、家族構成員一人の強い意見に偏っていないかなどもアセスメントの視点として重要となる。家族形態は多様化しており、その家族の意思決定のプロセスや特徴を理解し、家族成員とその相互作用にも目を向けて総合的に捉え、その家族としての意思決定を導き出せるように支援することが求められる。

NICU 入院児の家族は、様々な難局を迎える度に意思決定を迫られる。ここでは、在宅移行に向けての意思決定を支えることに焦点をあてる。及川は、「親の在宅への意思決定でいちばん大切なことは、家族が子どもを家で育てることを望み主体的に取り組むことであり、医療者主導のアプローチではない。児が診断されてからさまざまな苦悩を経てきており、親のこころの状態の推移を理解し、在宅への話しを進めていくことが大事である。それは、診断後から親と関係を築き、さまざまな経過をともに過ごしたそのプロセスの中で進めていく作業でもある。」<sup>3)</sup>と述べている。家族が主体的に取り組めるようになることは、家族と医療者のパートナーシップを基盤にした、日々のケア一つひとつの積み重ねであると考えられる。そして、家族が子どもを家で育てたいと望むことは、家族の子どもを受容や親子関係構築のプロセスそのものであると言える。

そこで、家族の意思決定支援について、子どもの受容と親子関係構築の支援を基盤に、NICU 入院中の子どもと両親の理解、アセスメントの視点、看護職者の姿勢という視点で述べる。

#### 1) 子どもと家族中心のケア

NICU に子どもが入院するということは、親子が離ればなれになり、両親が主体的に親役割を発揮することは難しい状況となる。そのため、近年、NICU では「家族中心のケア (Family Centered Care : FCC)」を重要な理念として取り組んできた。現在は、患者自身の役割も明確にする意味も含まれてきて、FCC から「患者と家族中心のケア (Patient-and Family-Centered Care : PFCC)」という用語が使われるようになってきている<sup>4)</sup>。

PFCC は、患者・家族・ケア提供者の間に相互に有益なパートナーシップを築き、ヘルス

ケアの計画・提供・評価をするためのアプローチで、中心概念は①尊厳・尊重、②情報共有、③参加、④協働である（表 1）<sup>5)</sup>。NICU 入院児の家族がケアに参加し主体的に取り組むためには、ケア提供者は子どもと家族を尊重し情報共有することが欠かせないと考えられる。

表 1 「患者と家族中心のケア (Patient-and Family-Centered Care : PFCC)」

尊厳と尊敬	医療従事者は、患者や家族の視点や選択に耳を傾け尊重する。患者と家族の知識、価値観、信念、文化的背景は、ケアの計画と提供に組み込まれる。
情報共有	医療従事者は、患者や家族と、肯定的で有用な方法で、完全に公平な情報を伝え、共有する。患者と家族は、ケアと意思決定に効果的に参加するために、タイムリーで完全かつ正確な情報を受け取る。
参加	患者と家族は、彼らが選択したレベルでケアと意思決定に参加することが奨励され、サポートされる。
協働	患者、家族、医療従事者、および医療指導者は、ケアの提供と同様に、方針やプログラムの開発・実施・評価、施設のデザイン、専門家の教育を協働して行う。

## 2) 家族の受容過程に添う

NICU 入院児に対する治療の開始は、児の生命を助けるための緊急性から、親には治療開始後に児の状態と治療方針が説明されるという状況がある。親は児が NICU に入院する状態であるという衝撃や罪責感などを体験しながら、子どもの状態や実施されている治療の意味を問うている<sup>6)</sup>。このような段階で児の状態を理解し、現状を受け止めることは難しいと考える。

また、父親は、出産を終えたばかりの母親（妻）の代わりに、一人で医師からの説明を受ける場合もある。父親は現実についていけない状況のまま、深刻な現状を母親（妻）と他の家族に伝える役割を担わなければならない。父親の混乱はないか、家族間で情報共有していきそうかという視点でアセスメントし必要に応じて支援する。

妊娠経過も様々であり、望んだ妊娠か否か、出生前に子どもの疾患がわかっていたか否かは、出産後の子どもの受け入れに影響を与える。どのような妊娠経過だったのか、出産に向けた意思決定がどのようになされたのかを把握することは、その家族の情緒的関係性や情報共有の仕方、意思決定の仕方をアセスメントする手がかりになる。

出産前に子どもの疾患を知り理解していた場合でも、子どもを受容していることとは別であり、子どもの受容は揺れ動くことを認識しておく必要がある。身体が不安定な状態の子どもを目の前にすることは、家族にとって子どもの生命への揺らぎとなる。治療が円滑に進んだり、積極的に痛みの原因を除去したりして、子どもの安らぎを目指し、家族の心理的な負担を少なくすることは、親の意思決定や子どもの受容を支える上で不可欠である。

看護師が焦って受容への変化を起こす必要はなく、家族の受け止めの過程に付き添うことが求められる。

### 3) 傾聴したり思いを確かめたりして、アセスメントを繰り返しながら理解を深める

NICU 入院児の家族は、自分たちが思い描いていた状況ではなく、子どもを愛しいと思えないこともあるであろうし、そのような気持ちを抱いたことに苦しみ、その思いを口に出せない場合もあるため、気持ちを無理に聞き出す必要はない。自分の得たい情報収集に捉われると、相手の言葉に耳を傾けられなくなる可能性が高くなる。まずは相手の言葉に耳を傾けて、気がかりが何かを掴むことが重要である。家族から思いが直接語られなくても、家族のそばにすることで、家族の子どもとの距離、子どもへの声のかけ方などの情報が得られ、家族の思いを捉える糸口がつかめることもある。些細なことだと思わず、家族の気がかり一つひとつに関心を向けた誠実な関わりの積み重ねで関係は作られると考える。

一方、短時間の面会では、ありのままの家族の姿が見えにくく、看護師が捉えた家族像と実際の家族像の間にズレが生じることがある。その結果、“関わるのが難しい家族”と捉え、家族とのコミュニケーションに不安を抱き、正面から家族と向き合うことに躊躇してしまうこともある。そして度々、家族の言動の意味を確かめないまま自分なりに解釈して思い込みが生じ、それが修正されないまま堂々めぐりを繰り返すことがある<sup>7)8)</sup>。こうなると、適切なアプローチを実践することが難しくなることもある。

家族から発せられる言動や態度からメッセージをキャッチして、家族と話すきっかけを作りながら、家族の気持ちに近づくことも必要である。上村は、看護師が親の話しを「きく」ときのポイントとして、「親自身が聴いてもらえたと感じてもらうことが重要であるとし、①声を届ける前に『聴く』、②親に敬意を払うこと、客観的であること、謙虚であることを挙げている。具体的な方法として、①何気ない話しを聞くこと、②そうだろうと受けとめること、③心の声を推しはかって言葉にして返すこと、④親の話しを聴き入れること、⑤問うことである」と述べている<sup>9)</sup>。傾聴には、言葉にして返すこと、問うことも含まれ、家族の思いを確かめることにつながると考えられる。

また、家族の情報を多職種と共有することも有用である。家族に関する情報を蓄積し、アセスメントを繰り返しながら家族の理解を深めていくことが必要である。

### 4) 家族を俯瞰的（客観的）に見る

家族の考えや行動に疑問を感じたり、陰性感情が生じたりするなど、看護師の価値観と合わない家族ほど、どうしてそのような状態にあるのか、その背景を知る努力が重要である。例えば、面会が少ない、子どもに触れようとしめない家族については、その背景に目を向けてみると、その行動の意味を捉える糸口になり理解を深めることにつながる。

対象を俯瞰的（客観的）に見ることが必要であるが、自分の考え方を真っ白にして相手の立場で捉えることは難しい。フライ<sup>10)</sup>は、「どんな価値であってもその人の価値体系に一度組み込まれてしまうと、その人の選択を左右する動機となりうる。残念なことに、人はその人の選択や決定を動機づけている価値についてあまり意識していない。その結果、自分自身の価値について理解していることが倫理的意思決定をするための準備の第一歩となる。」

と述べている。このように、普段は自分の価値観を意識していないからこそ、看護師は自らの価値観や考え方を自覚することが重要である。自分の価値観を自覚することが、相手との違いに気が付くことになり、対象を俯瞰的に捉えられるようになると考える。

看護師が対象に巻き込まれていればいるほど客観的に捉えることが難しいため、他の看護師に自分の思いを伝えたり、チームの力を借りたりすることが、客観的に家族のことを捉える機会になる。自分の感じる違和感を言えるような職場の風土づくりも必要と考える。

## 5) 親子の応答性・触れ合いを促す、子どもの成長発達を家族と共有する

親子関係構築（愛着形成）を目的にケアを実施するが、家族個々がどのように子どもを捉えているかをアセスメントしながら関わるのが重要である。

愛着（アタッチメント）は、養育者からの一方的な働きかけによるのではなく、子どもの啼泣する、微笑する、みつめる、呼びかけるような発声などの行為に対して、再び養育者が応答することを繰り返すという子どもと養育者の相互作用によって成立する<sup>11)</sup>。NICU入院児は、身体機能の未熟性から活動性や反応性が低かったり、鎮静中のこともあったりして、子どもの反応を読み取ることが難しい状態にある。また、母親自身も分娩時に、自分と子どもの生命の危機を体験することで安全への欲求は崩れ、自尊感情や自己効力感は低下した状態にある。加えて悲嘆や罪悪感など、自分と子どもの双方に対する否定的感情が存在している。こういったことから、母親は気持ちの上でも、子どもの身体に「触れる」といった直接的な行動の面でも、子どもへの近づきにくさがある<sup>12)</sup>。そのため、子どもから何かを寄せられた場合には、親と一緒に子どものサインの意味を考えることが求められる。実際に触れてみたいと思っていることが読み取れたら、ただ提案するだけではなく、保育器の手窓の開け方、医療機器に囲まれている子どものどこをどのように触れてもよいのか、子どもにとって安心や良い刺激となる触れ方を伝え、一緒に子どもに触れてみる。触れることを強制するのではなく、ふれあいを提案する。親が「怖いけど触れてみたい」という気持ちが芽生えるまで親を見守ることも1つの関わりである<sup>13)</sup>。他に、カンガルーケア、母乳の口腔内塗布、保育器内抱っこ（親の手のひらでの抱っこ）、哺乳瓶を用いた哺乳なども親子の触れ合いの時間となる。

また、安定期には、空腹で泣くようになったり、活気が出てきて手足を動かしたり、おしゃぶりを吸う力が強くなったり、哺乳やおむつ交換では欲求が満たされず、抱っこを要求して抱っこで泣きやむようになったりすることが成長の証である。坐位や抱っこが安定したり、認知や言語が発達したりもしてくる。子どもに良いこと、合ったこと、好きなことを家族と一緒に探すことをしても良いと考える。子どもの反応の変化、成長発達を実感する経験を重ねられるような機会を作ることが大切である<sup>14)</sup>。

看護師は、親が子どもの理解が進むようにその橋渡しをする。「親子関係を形成する」のは医療者ではなく家族自身で、親子を主体とする姿勢が求められる。家族が困っているときには支援し、自分たちで進めているときには見守る姿勢が大切である。

## 6) 家族と情報を共有し退院に向けた方針を決定する

家族の思いは、子どもの状態に影響を受ける。子どもが命の危機から脱したときに、家族も安心して今後のことに目を向けていけるようになる。

家族が退院のことを考えているか、どのようなイメージを抱いていそうか、まだ考えられない状況なのかをアセスメントする。家族は可能であれば退院後の医療的ケアがない生活を希望している。退院後も医療的ケアが必要になる場合には、医療的ケアの必要性和今後の見通しを伝えることも必要になる。例えば、経口摂取をさせたいという家族の思いがあるが、経管栄養が必要となることもある。その場合、なぜ経管栄養が必要なのか、経口摂取できるようになるのか、両方になるのかなどを伝える。家族の状態と子どもの状態（今後の方針、退院はどのような状態を目指すのかを）を医師と共有し、家族の誰にどのようなタイミングで話しをすれば良いかを決める。また、家族が退院を決めるには、周囲の協力体制や両親の仕事状況なども影響するため、これらについても把握することが必要である。

家族に退院に向けた話しをする際には、説得・一方向的な説明ではなく、情報提供・共有して話し合い、家族もチームの一員であるという姿勢が重要である。

## 7) 家族のペースに合わせて退院後の生活について話し合う

家族が今後の方針を理解し、沐浴、授乳、注入など医療的ケアの手技的な導入が順調に進んでいても、手技の習得は必要に迫られて実施しているだけで、「自宅で一緒に生活したい」「家に連れて帰りたい」と子どもを受け入れる気持ちの準備が追いつかない場合もある。

また、退院後の生活について家族と話し合う際、家族自身が退院後のイメージがなければ、気がかりや困りごとを想像することは難しい。自宅に戻ってからの子どもの食事、清潔、排泄、睡眠、さらには主たる養育者と家族の具体的な生活リズムについて、医療者自身が在宅のイメージをもちながら、家族と一緒に考えていくことが必要である。訪問看護を導入するのであれば、地域関係者を含めたカンファレンスに、家族と訪問看護師にも同席してもらい、多職種が家族の代わりに質問をすることを通じて、家族の在宅生活のイメージ作り、理解につながるような関わりも可能である。

一方、家族は、退院（在宅）に向けて頑張りながらも、本当に大丈夫だろうかと気持ちが揺れる。帰れて嬉しい気持ちと不安の両方の気持ちを抱いている。このような気持ちに寄り添い、どのような思いでいるのかを常にアセスメントしながら、家族のペースに合わせて在宅に向けた準備を実施する。

## 8) 退院後も継続して親子を支える

実際に自宅に帰ると、退院前にイメージしていた生活と異なることも多いと考えられる。退院後1か月は、生活リズムを作り整えることに試行錯誤し、様々な困難に直面する可能性が高い。例えば、退院前から退院後の生活を見越して経管栄養の時間などを決めて実施しているが、家族各々の生活パターンも合わせると、経管栄養の時間の変更を検討す

る必要が生じることもある。退院後、実際に毎日過ごす中で、家族に合った生活リズムを作っていくよう支援していくことが求められる。

また、子どもが成長発達する過程の中で体調が変わり、医療的ケアの変更が必要となることで、大きな意思決定を迫られるときが再びやってくる場合もある。退院後も様々な局面を迎えることになるが、NICUに入院中の子どもの危機的な状況を家族が乗り越え適応してきたことは家族の強みであり、今後の育児にとって力になると考える。支援者は、この家族の力が発揮できるよう支えていくことが重要である。

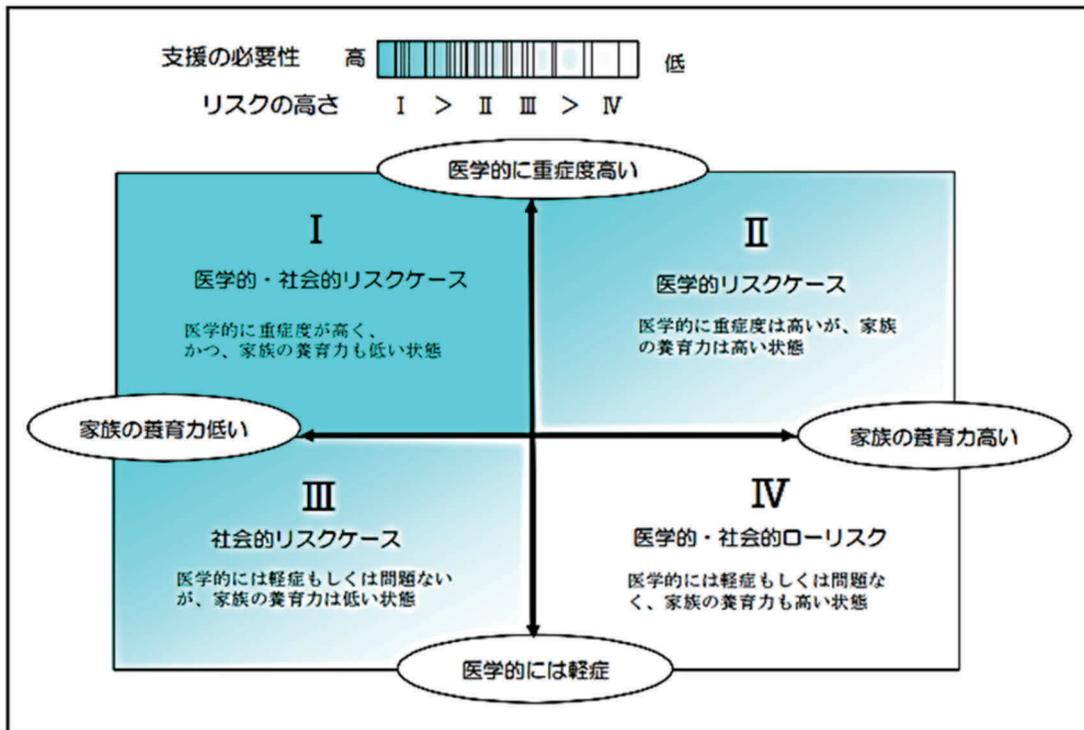
#### <引用文献>

- 1) 岡堂哲雄：家族の意思決定のメカニズム，家族看護，1（1），127-131，2003.
- 2) 長戸和子：家族の意思決定，臨床看護，25（12），1788-1793，1999.
- 3) 及川郁子：在宅ケアの現状，小児看護，27（10），1324-1329,2004.
- 4) 横尾京子：周産期におけるファミリーセンタードケアとは，周産期医学，47（1），13-16，2017.
- 5) Institute for Patient-and Family-Centered Care HP  
<https://ipfcc.org/about/pfcc.html>（2021年10月9日アクセス）
- 6) 横尾京子；超低出生体重児をめぐる家族の意思決定，野嶋佐由美他編，家族看護選書 第2巻 周産期の家族への看護，日本看護協会出版会，64-71，2012.
- 7) 佐東美緒；NICUにおける関わりの難しい家族へのアプローチ，野嶋佐由美他編，家族看護選書 第2巻 周産期の家族への看護，日本看護協会出版会，37-45，2012.
- 8) 渡辺裕子：生命の危機状態にある患者家族をケアする看護師のジレンマ，野嶋佐由美他編，家族看護選書 第6巻 家族に向き合う看護師のジレンマとパートナーシップ形成，日本看護協会出版会，42-50，2012.
- 9) 上村浩太：看護師が親の話しを「きく」ときのポイント，小児看護，35（3），306-313，2012.
- 10) Fry, Sara T./Johnstone, Megan-Jane：Etic in Nursing Practice A GUIDE TO ETHICAL DECISION MAKING (third edition),2008, 片田範子，山本あい子訳：看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド 第3版，日本看護協会出版会，7，2010.
- 11) John Bowlby：A Secure Base Clinical applications of attachment theory,1988，二木武監訳：ボウルビィ 母と子のアタッチメント 心の安全基地，医歯薬出版，168，1993.
- 12) 八巻和子；愛着（アタッチメント）形成とその重要性，野嶋佐由美他編，家族看護選書 第2巻 周産期の家族への看護，日本看護協会出版会，20-28，2012.
- 13) 稲勝玲：子どもと親の関係構築をめざしたかわり，小児看護，43（9），1102-1106，2020.
- 14) 荒井梨恵：出生直後に治療・手術を必要としたケースへの退院支援 ー先天性心疾患をもつ子どもと家族への初めての退院時支援を中心にー，小児看護，35（7），843-847，2012.

### Ⅲ. 退院調整の実際

ここでは、支援を必要とする NICU 入院時に対し、医学的問題と家族養育力に着目し東京都立墨東病院が作成したマトリックス表に沿って仮想で作成した事例を示している。それぞれの地域や施設の特性を踏まえ、自施設での支援の参考としていただきたい。

支援を必要とする NICU 入院時のイメージ（4 つのモデルパターン）



#### 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

#### 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

### 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

### 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

## 事例 1：医学的に軽症の事例

### 【支援の視点】

◆**児の受容と愛着形成①**：母は、妊娠中から現在に至る経過の中で、子どもを健康に産んであげられなかったことへの自責の念を抱きやすい。また、入院が継続する子どもに対して、母親役割を喪失しやすい。

医療者は、母の気持ちを支持しながら、母子の愛着形成を支援し、相互の関係性ができるように、見守り寄り添っていくことが大事である。また、父親への支援も行い、母と共に育児へ参加できるよう導いていける働きかけが求められる。

### 【ポイント①】

児に医療的ケアが必要となることへの養育者の受容過程を理解し捉えて行くことが大切である。育児の他に医療的ケア技術も獲得して行く養育者の心理的支援は重要である。

### 【家族背景】

母は 30 歳、父は 33 歳、姉は 2 歳、M ちゃんとの 4 人家族。

父は会社員、母は専業主婦である。姉は、保育園へ通園している。

同じ市内に、父方の実家があり、父方祖父母の協力は得られる環境にある。

### 【入院までの経過】

母は定期的に妊婦検診を受けており、夫の仕事の都合がつく際には、一緒に受診に付き添う姿があった。在胎 27 週 4 日で切迫早産のため緊急入院となる。

### 【児とその家族の危機に対する支援期】

#### 1) 入院直後の支援

母は入院後、在胎 30 週で胎児徐脈となり緊急帝王切開で児を出産した。出生時体重 1000g 台、アプガースコア 1/3、重症新生児仮死でNICUへ入院となった。保育器収容、気管内挿管し人工呼吸器管理を行う。生後 3 日目に脳実質出血を発症した。児との初回面会時、母は「こうなったのは自分のせいだ。」と自責の念を表出し涙ぐむ姿があった。②

しかし、母は、入院中、毎日搾乳した母乳をNICUへ届けていた。母の体調に配慮し、児の安静を保持しながらタッチングを促すなど愛着形成支援に努めた。父親は、心配性で、気になること、分からないことは納得するまで医師へ質問する姿があり、父の理解、受け止めを確認し支援した。

母の入院中は、姉は、父や父方祖父母が世話をしていた。③

### 【ポイント②】

母親は、児を障害のある状態で産んでしまったことに対して、特に自責の念を抱きやすい。受容過程に合わせた関わりと、愛着形成支援が大切である。父親への支援も大切である。

### 【ポイント③】

同胞がいる場合は、同胞の育児に関するサポート体制の確認と必要に応じた支援が必要である。

#### 2) その後の経過（母子の愛着形成と児の受容）

日齢 10 日、抜管し経鼻陽圧呼吸へ変更となった。母は、退院後も毎日面会に訪れており、児の状態の安定を確認しカンガルーケアを進め、愛着形成支援に努めた。看護師が入院中の M ちゃんの様子を伝えることで、安心した

表情を見せることが多くなった。「かわいい。」「早く一緒に帰って頑張ろうね。」とMちゃんに話す姿も見られるようになった。

Mちゃんは、呼吸状態が安定し、NICUからGCUへ移床となった。愛着形成、受容支援の促進のためNNS（非栄養的吸啜）を実施した。

37週となり、経口哺乳を試みるも、うとうとしてしまい吸啜が持続せず経口での栄養の確立が困難な状況であった。母は、「口から飲めたらいいのね。」と希望を表出した。経口哺乳訓練を続けたが、経口哺乳の確立は難しく、退院に向けては、経管栄養の併用が必要になる可能性が予測された。母は、「これでMちゃんが頑張っているから大事な管だね。」とMちゃんの置かれている状況を理解する言葉が聞かれた。

### 3) カンファレンスの開催

Mちゃんの経過、今後予測される課題、両親の児に対する思いや愛着行動、家族に関する情報などを多職種（医師、看護師、MSW（医療ソーシャルワーカー）、退院支援看護師、NICU入院時支援コーディネーター、理学療法士）で共有した。<sup>④</sup> 脳実質出血の影響によって経口哺乳が確立せず、退院に向けて経管栄養の継続が予測された。両親への説明のタイミングや、退院に向けてのトレーニングの計画が必要であることを話し合った。

#### 【ポイント④】

カンファレンスは、多職種との目標、児の現状、退院に向けた課題の共有をし、今後の支援の計画を行う。適宜参加メンバーの調整を行い開催する。

#### 【在宅支援に向けた方針決定と児の受容支援期】

医師から、現状では経口哺乳の確立は難しく、哺乳訓練を続けながら、経管栄養との並行での退院になることが母に説明された。

### 1) MSW（医療ソーシャルワーカー）が母親と面談

母は、看護師にMちゃんが退院した後の生活について、父の仕事帰りが遅く日中1人で育児することに不安を感じていること、義父母の協力を得ることに対して「申し訳なくて。」と表情を曇らせて話をしていた。これを踏まえ、MSWが母と面談を行った。

母は、退院後2歳の娘の保育園の送り迎え、日中1人でMちゃんを養育することの不安、何かあったとき誰に相談したらいいのか分からないと話される。母が何でも1人で頑張ろうとしていることを受け止めながら、活用できる社会資源の情報を提供した。保健師の相談支援や訪問看護による医療的支援について説明した。<sup>⑤</sup>

#### 【ポイント⑤】

MSWは、両親がどのように説明を受けているかを確認し、精神面を配慮しながら社会資源の紹介を行うことが重要である。

### 2) カンファレンスの開催

退院に向けて両親、医師、看護師、MSW、退院支援看護師、NICU入院時支援コーディネーター、理学療法士に加え、退院後に関わる保健師、訪問看護師を交え、トレーニングの計画、情報共有、役割分担などを行った。病棟

看護師が主体となって、両親の思いが表出できるよう支援した。父からは、母の生活が大変になることを心配する声が聞かれた。病棟看護師から、母は父方祖父母からの協力を得ることを申し訳ないと感じていることを父に伝えた。退院後の生活で母親が1人で頑張らなくともよいこと、訪問看護師の介入、地域の保健師介入の提案を行った。次回、カンファレンス開催時には、父方祖父母も参加し開催することを提案し了解得られた。

母は訪問看護師に対して、日中1人であるため育児相談ができる方が支援してくれることは嬉しいと話された。

### 3) 児の状況と必要となる医療的ケア

Mちゃんの欲求に応じて経口哺乳を行っているが、哺乳中のむせりや顔色不良などは見られないが、うとうとしてしまい目標の半分程度で終了してしまう。不足分は胃管から1日4回程度注入している。リハビリを実施しており、発達促進やポジショニングなども行っている。Mちゃんは胃管を嫌がる様子はなかったが、顔に手を持って行き胃管抜去の危険性があった。自宅退院に向けて、経口哺乳と併用での経管栄養の継続、胃管の管理、抜去予防対策、また成長発達に応じたリハビリの継続が必要となる。

### 4) 家族の受容と医療的ケア技術習得の支援<sup>⑥</sup>

両親や義父母は、Mちゃんの成長に経管栄養が必要であることは理解し受けとめることができている。医療的ケアの技術習得としては、経口哺乳時の観察ポイントや注意点について説明し、経管栄養に関する手技のトレーニングを開始した。母子が安心して落ち着ける環境となるよう配慮し、母子の時間を大切にしたい。両親の面会時は一緒に沐浴を行うなど、技術習得と共に愛着促進に努めた。MSW（医療ソーシャルワーカー）は母と面談し、自宅の住居環境や、Mちゃんの退院後の準備、2歳の姉の育児を含めた生活リズムなどをイメージしながら準備について確認し保健師、訪問看護師とも情報を共有した。

#### 【ポイント⑥】

看護師間で、技術指導内容の共有と統一した指導が行われることが、重要である。看護師と養育者の関係構築にも影響するため、混乱が生じないよう指導の統一が重要である。※自宅の生活をイメージし、訪問看護師とも物品や指導については共有が大切である。

#### 【在宅に向けた具体的準備期】

##### 1) 家族の受容過程支援

母は、2歳の姉を保育園に送った後に来院し、栄養注入や沐浴のトレーニングを実施している。Mちゃんに声をかけながら落ち着いて技術を実施することができるようになった。看護師は母にねぎらいの声かけと、技術が習得できていることを伝え、「最初は恐かったけど、落ち着いてできるようになりました。」との言葉が聞かれるようになった。両親に加え義母にも指導を行い、母のサポートができるよう関わった。

訪問看護師は、児の状態と医療的ケアの状況、母の技術習得状況を確認するためにGCUを数回訪問し、母との信頼関係の形成に努めた。

## 2) カンファレンスの開催<sup>⑦</sup>

退院の目標が決まり、両親、父方祖父母、医師、看護師、MSW（医療ソーシャルワーカー）、退院支援看護師、NICU 入院時支援コーディネーター、理学療法士、外来看護師、小児科病棟看護師、訪問看護師、保健師が参加し退院前のカンファレンスを開催した。退院に向けての手技習得状況、家族の協力体制、地域関係者との役割分担、物品の準備などを確認した。母からは、胃管が抜けてしまった時の対応についての不安が聞かれ、対応方法について訪問看護師と一緒に確認した。

退院に向けて、母子同室トレーニング、外泊訓練、外来受診シミュレーション、退院前訪問を計画した。

### 【ポイント⑦】

退院後の支援について、入院中に多職種でカンファレンスを行い共通認識し、家族と顔合わせをしておくことで、退院後の円滑な支援に続けていく。

## 3) 退院に向けた最終確認

母子同室トレーニング、外泊訓練、外来受診シミュレーション、退院前訪問の実施を評価し、家族と地域関係者と最終的な準備を行った。また、状態変化時や災害時対応についても共有した。日齢 60 日、修正 45 週で自宅退院となった。退院時に、「要支援乳児連絡票」を市に送付した。

### 【在宅支援期】

自宅退院後、両親は義母の協力を得ながら、M ちゃんと 2 歳の姉の育児を行った。訪問看護師は週 2 回訪問し、医療的ケアの見守りと発達支援のためのリハビリの実施、母の育児相談を行っていた。<sup>⑧</sup>

初回外来は、義母が同行し、スムーズに受診することができた。初回外来受診時に、MSW が面談を行った。母は、訪問看護師や義母の支援のもと、落ち着いて育児を行うことができていると話していた。M ちゃんは、家族の愛情と 2 歳の姉の刺激を受け表情も豊かになり、生活リズムが形成され、経口での哺乳量も徐々に増えてきていた。在宅での生活状況や、母の精神面の状況、外来受診時の児の評価を訪問看護師、保健師とも共有し今後も支援を継続していく。

### 【ポイント⑧】

産後育児を中心に担う母親は社会的孤立に陥りやすい。身近で母の生活状況を把握し、支援できる体制が重要である。

\*この事例は、仮想の事例である。

## 事例2：家族の養育力が低い事例：未受診・若年出産

### 【支援の視点】

- ◆未受診<sup>①</sup>：妊婦が検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が多い。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<sup>①</sup>：10代の若年出産は、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、親権の問題や基盤が不安定なことがあるため、支援が必要である。

### 【家族背景】

母親は高校1年生（16歳）で、父親はアルバイト先で知り合った男性（18歳）。母親は、母方祖父（48歳）、母方祖母（45歳）、妹（13歳）の4人暮らしで、母方祖父母は共働きである。母親は児の父親や親にも妊娠したことを告げていない。父親との付き合いは長く続かず、現在は連絡の取れない状態。

### 【入院までの経過】

母親は自宅のトイレで墜落分娩<sup>②</sup>し、母方祖母が救急車を要請した。児は推定在胎週数30～32週と診断<sup>③</sup>され、NICUに入院となった。母方祖母は娘が分娩したことに驚きショックを受け、取り乱している状態であった。母方祖父と妹は外出中であった。

### 【児とその家族の危機に対する支援期】

#### 1) 入院直後の支援

児は全身の予備能力不足のため、保育器に収容され人工呼吸器による呼吸管理と、集中治療が行われた。母親は産科病棟に入院し、入院当日に車イスで母方祖父母とともに初回面会した。家族が落ち着いて周囲を気にせず面会できるようにスクリーンで囲む配慮<sup>④</sup>を行った。看護師付き添いのもとタッチング<sup>④</sup>を行い、母親は「かわいい。あったかい。」と笑みを浮かべた。母方祖母は落ち着きを取り戻したが、やや硬い表情で児と娘の様子を見ていた。母方祖父は終始硬い表情で娘と会話をする様子はなかった。新生児科の医師の説明時、児の推定在胎週数が30～32週であり障害の残る可能性について説明を受けた。母親は「かわいい。自分で育てたい。」と話した。母方祖父は娘に対し怒っている様子で、児の養育については「考えられない。こんなことになって相手が許せない。」と発言があった。医師から墜落分娩は虐待にあたるので病院として対応が必要になること、今後のサポートのためMSW（医療ソーシャルワーカー）の介入が必要になることを説明し同意を得た。退院支援スクリーニングをMSWに提出し

#### 【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MSWが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MSWに依頼が来る院内体制の整備が重要である。

#### 【ポイント②】

墜落分娩の場合、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。出生書類を提出するため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が必要。

#### 【ポイント③】

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

#### 【ポイント④】

家族の絆形成と愛着形成が良好であると、医療的ケア児が在宅移行する際家族の受け入れがスムーズになるため、面会時の環境調整やスキンシップなどによる愛着形成支援は、入院直後から行う必要がある重要な支援である。

介入を依頼した。また地域の保健師に情報提供を行った。母親に対しては、母乳分泌支援のため児のベットサイドでの搾乳や、体調に配慮しながらカンガルーケアを行い、愛着形成支援に努めた。

## 2) MSW (医療ソーシャルワーカー) が母親、母方祖母と面接

母親は、妊娠には気づいていたが親に怒られると思って言い出せなかった。児の父親との関係は長く続かず、妊娠したことも伝えておらず、今後も伝えたくない。また、連絡先もわからない状況。生まれた赤ちゃんを見て「かわいかった。自分で育てたい。学校はやめてもいい。」と話す。MSWは、母親の気持ちはわかるが今の段階では児の親権者は母方祖父母になるため、母方祖父母と話し合う必要がある<sup>⑤</sup>ことを説明する。母方祖母は、「娘の妊娠に気づかず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。MSWは、児の養育について母方祖母がこの場で決断するのではなく、母方祖父も含めて相談したいので、次回は母方祖父母に2人揃って来院してほしいと伝えた。

## 3) 退院調整カンファレンスの実施 (医師・看護師・MSW・母親・母方祖母参加)

数日後、母親、母方祖父母が揃って来院<sup>⑥</sup>し多職種カンファレンスを実施した。母方祖父は、児の父親を許せない気持ちだが仕方がないとも思っている。母方祖母は、「娘が児をかわいく思い育てたいと強く希望し、自分も児をかわいと感じる。母親が高校復学と育児を両立するため、自分が仕事を退職し自宅で児を養育していくことを決めたと話し、母方祖父もそれに同意した。医師から児の病状と今後の見通しなどの説明と、看護師から児の状態に応じて母乳育児や清潔ケアの技術習得支援を行っていくことを説明し、家族の理解が得られた。MSWからは医療制度の説明と手続き方法が説明された。

### 【在宅支援に向けた方針決定と児の受容支援期】

#### 1) 児の状況と必要となる医療的ケア

児は修正 38 週相当となり、呼吸状態は安定し人工呼吸器を離脱したが、哺乳不良で経管栄養が必要な状態であった。また啼泣時の反り返りが強く、啼泣が始まるとなかなか落ち着かない傾向があった。医師と看護師による多職種カンファレンスで、児の状態と在宅で必要になる医療的ケア (経管栄養) を確認し共通認識した<sup>⑦</sup>。また、家族の経管栄養の技術習得のための計画を立案した。2 回目の退院支援スクリーニングを実施した。

#### 2) 家族の受容と医療的ケア技術習得の支援

母親と母方祖母は、週に3回面会し笑顔で児に話かけ抱っこする様子が見られ、愛着形成は良好であった。授乳や清潔ケアの育児技術支援も同時に進め、手技

#### 【ポイント⑤】

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児の親権者となる (親権代行)。親権者でなくても母親に児の養育についての意向を確認する。

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。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 (成年擬性)、親権を持つことができる。

#### 【ポイント⑥】

このケースでは、母親の親権者である母方祖父母が児の親権者となるため、2人揃った場で今後の養育の意向確認をすることが望ましい。

#### 【ポイント⑦】

医療的ケア児として在宅移行する方針を医師・看護師間で共通認識し、今後の家族への説明や指導を計画することが必要となる。

はスムーズに習得できていたが、児の哺乳が不良で直母の量が増えなかった。医師が母親と母方祖母に、児が哺乳不良のため、退院後経管栄養が必要になることを説明した。母親と母方祖母は驚いた様子であったが、「わかりました」と返答があった。医師の説明後、説明の内容が理解できたか、どんな気持ちであるかなどを、看護師が確認<sup>⑧</sup>した。母親からは「家でチューブ入れたりできるか心配」、母方祖母からは「早く連れて帰りたいから頑張って覚えます」と発言があった。段階を追って少しずつ覚えられるように、一緒にやっていくことを説明し、母親と母方祖母から笑顔が見られた。その後、面会毎に経管栄養に関する手技習得支援を、パンフレットやチェックリストを用い、母親と母方祖母の自信がつくまで繰り返して行った。また母子同室を行い、一日を通して児と過ごし、啼泣時や反り返り時の対応ができるように支援した。

#### 【ポイント⑧】

医師の説明と家族の受け取り方に差がないか、医療的ケア児として在宅移行することに対する家族の気持ちを、適宜把握するように努める。障害の程度が重いほど家族の気持ちは揺れ動きやすい。

### 【在宅に向けた具体的準備期】

#### 1) 地域関係者を含めた退院支援

母親が若年で墜落分娩での出産、さらに医療的ケアが必要となることから、入院中からの保健師の介入が必要と考えられた。そのため、2回目の退院調整カンファレンスを、母親と母方祖父母、医師、看護師、MSW（医療ソーシャルワーカー）、保健師、小児病棟看護師、外来看護師参加で、家族との顔合わせを兼ねて行った<sup>⑨</sup>。入院中の状況や在宅に必要な支援について、退院後に関わる保健師や、外来看護師、また再入院の際関わる小児病棟の看護師と情報を共有した。3回目の退院支援スクリーニングを評価実施した。

#### 【ポイント⑨】

退院後の支援について、入院中に多職種でカンファレンスを行い共通認識し、家族と顔合わせをしておくことで、退院後の円滑な支援に続けていく。

#### 2) 退院

母親と母方祖父母の児への愛着があること、医療的ケア技術の習得ができたこと、退院後のサポート体制が整ったことから、医師の退院許可があった。退院後の緊急時の対処方法や相談窓口、受診方法などが説明され退院の運びとなった。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<sup>⑩</sup>ことから、児の戸籍が作成されるまで数か月間を要したが、出産育児一時金は利用できた。看護師から保健師に訪問看護依頼と、次回受診日に合わせて小児科外来への情報提供を行い、継続したサポート体制に努めた。

#### 【ポイント⑩】

出生証明書がないと児の戸籍ができるまで数か月間要するが、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。

### 【在宅支援期】

児の退院後、母親は母方祖母と協力して育児を行い高校にも復学した。経口哺乳と経管栄養を合わせて実施し、児の体重増加も良好であったとMSWを通して保健師から報告があった<sup>⑪</sup>。外来にも定期的に受診している。哺乳後の排気の際、嘔吐と共に栄養チューブが自然抜去することがあったが、母親と母方祖母と一緒に栄養チューブを再挿入し対応できていた。

#### 【ポイント⑪】

在宅移行後の経過を保健師からNICUにフィードバックし、外来も含めて継続的な支援を行っていく。

\*この事例は、仮想の事例である。

### 事例3：医学的に重症度が高く、かつ家族の養育力が低い事例

#### 【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。児の障害や母親の疾患・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親の気持ちを支持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である。

◆**継続的な支援体制の構築**：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はなく、「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行っていくことも必要となる。

#### 【家族背景】

母親は30歳未婚。児は第4子で異父兄（12歳、9歳、8歳）、母方祖母と5人暮らし。病院と同市内在住の母方祖母宅に住んでいる。母親は夜間働き、育児や家事は主に母方祖母が担っていた。パートナーは21歳、無職。母方祖母宅を頻りに訪れている。母親は、福祉制度の理解力が不十分で、申請などの実践力が低い。

#### 【妊娠期】

妊娠23週頃、13トリソミーまたは18トリソミーを疑われ当院産科紹介され受診した。出生前の、染色体検査は希望しなかった。妊婦健診も受診しない時があった。染色体異常の説明がされた後から、パートナーは母親のもとから離れてしまった。小児科からのペリネイタルビジットは、母親のみが対応した。「家庭内の問題として未婚」「その他として児の染色体異常疑い」がハイリスク要因のため、産科外来より「ハイリスク妊産婦連絡票」を地域に送付し、情報提供を行った。<sup>①</sup> 妊娠中から、保健師が介入した。

#### 【ポイント①】

地域からのサポートを受けることに抵抗があるケースもあり、妊娠中から信頼関係をつくっていく事が大切である。

#### 【児とその家族の危機に対する支援期】

児は在胎38週4日で出生。体重1616g、喉頭軟化症でNICU入室し、非侵襲的持続陽圧呼吸器管理となった。左足指合指症、頭皮一部欠損、口蓋裂の合併を認めた。母親は、NICU面会時に「産まなければよかったとは思わないが、障害がなかったらよかったと思う」と話していた。母親の面会時の状況から、児の受け入れに対して、また養育力フォロー、退院後の医療的ケアの継続が予測され、退院支援の依頼がされた。

家族の危機に対する支援として、子供の治療・ケア、家族の受容段階の確認や、親子関係構築に関する支援として愛着形成支援や、家族の情報収集を、面会を通して行った。病状説明時、母親は気管内挿管での人工呼吸器管理は希望しなかった。

### 1) スクリーニング 1 回目実施

該当項目は、出生時の基礎疾患(先天奇形、染色体異常疑い)、妊婦検診未受診、未婚(入籍予定なし) 病院からの情報提供により、出産前から保健師の関わりがあった。

### 2) 母親退院前の合同カンファレンス実施(産科)

参加者：市町村保健師、産科医師・助産師、NICU 医師・看護師、母親、祖母  
心理士、退院調整看護師、MSW(医療ソーシャルワーカー)、NICU 入院児支援コーディネーター

母親の児の受け入れや精神面について共有し、産後ケアの利用や、心理士との面談などについて検討した。出生届・児の養育医療の申請等、退院後の申請や手続きに対する母親の理解が不十分であったため、保健師に支援を依頼した。母親退院時に、市に「ハイリスク妊産婦連絡票」を送付した。

### 3) NICUで児の退院支援カンファレンスの実施(入院7日以内)

参加者：NICU 医師・看護師、MSW、退院調整看護師、NICU 入院児コーディネーター

スクリーニング票に沿って得た情報を多職種で共有し、児の治療方針、家族背景、受け入れ状況、今後の課題について検討した。母親は、出生後、染色体検査を行う事を了承し、また侵襲的人工呼吸器管理は希望していないことを共有した。未婚であり、育児サポート者が不足しており、今後、喉頭軟化症に対する気管切開や人工呼吸器管理も予測され、母親の児の受け入れに対して慎重にアセスメントをしながら関わっていくことが重要であることを共有した。今回のカンファレンス時期は、呼吸管理の方針を決定する頃とした。本来の面会は両親のみであるが、未婚であり、育児サポート者の祖母の協力が重要であるため、早期から祖母の面会も許可し、愛着形成支援を行った。②

### 4) 母親退院後の保健師の早期訪問

退院後、早期に保健師が自宅訪問を行った。制度手続き等の支援をきっかけに、産後のサポートとしての産後ケア、ファミリーサポート、心理士の面談等の紹介を行い、保健師が母親に寄り添うことで、児の受け入れが出来るよう支援をしていくことで信頼関係構築に努めた。③

#### 【在宅支援に向けた方針決定と児の受容支援(促進)期】

母親は搾乳を継続しほぼ毎日面会に訪れ、祖母も休日には一緒に面会に来て

#### 【ポイント②】

NICU に入院している児の母親は自責の念を抱えていることが多く、母の愛着形成を促すために、母が信頼している家族(祖母)が児を受け入れている事をしめすことで、母自身の愛着形成の促進につながると考える。

#### 【ポイント③】

保健師の早期訪問の役割は、子育ての孤立化を防ぎ、在宅において、様々な不安や悩みを聞きとり、子育て支援に関する援助を目的としている。情報提供を行うと共に、支援が必要な家庭に対しては、適切なサービス提供に結びつける事により、地域の中で子どもが健やかに育成できる環境整備を図ることを目的としている。

いた。面会時は、抱っこや可能な範囲でケアを一緒に行った。母親や祖母は面会を重ねる中で徐々に児への愛着形成が深まり、児を在宅で養育するイメージを持ち始めた。「早くおうちでみんなと一緒に過ごしたいね。」「呼吸器はいつ外れますか。ミルクは口から飲めるようになりますか。」という不安も表出していた。愛着形成支援を継続し、児の養育に対する不安への関り、家族の受容段階の確認を行った。病状説明と今後の方向性について、母親・祖母と話し合い、退院に向けては気管切開の必要性があることを説明した。その後、母親は気管切開をすることを受け入れ、退院に向けて準備を進めることとなった。

### 1) スクリーニング2回目実施

該当項目は、継続する障がいがある、医療的ケアが必要である（経管栄養、在宅酸素、人工呼吸器、気管切開）、育児支援者の不足である。

### 2) 退院支援カンファレンス2回目 ※在宅に向けた方針について確認

スクリーニングに基づいて、児の今後の治療方針、家族の在宅での養育への思い、継続される医療的ケアの確認、退院に向けて必要な支援について検討した。

#### 【在宅に向けた具体的準備期】

退院後も継続される医療的ケアについて、母親に手技の習得支援を進めた。進めるうえで、母親の退院に対する不安や思いを確認し、協力者である祖母を含めて支援を行った。訪問看護や利用できる資源について説明を行い、退院調整を進めた。訪問看護については、母親の希望を確認し顔合わせを行い、関係性構築に努めた。退院後は、児の人工呼吸器管理など医療的ケアが多く母親は就労が困難であり、祖母から経済的な不安について相談があったため、MSW（医療ソーシャルワーカー）が対応した。また、在宅の医療機器や物品の準備を進め、社会資源（呼吸機能での身体障害者手帳の申請、小児慢性特定疾患医療費助成制度、障害支援区分の申請、特別児童扶養手当など）について説明し申請の支援を行った。

退院後の生活のイメージについて、母親とスタッフ間ではギャップを感じており、地域関係者との共有と、退院前訪問により確認しながら具体的な準備を進めた。家庭での役割分担を母親と祖母で話し合ってもらい、課題を確認していった。

### 1) 退院前カンファレンス

参加者: NICU 医師、看護師、薬剤師、心理士、リハビリ、NICU 入院時支援コーディネーター、退院調整看護師、MSW、小児病棟看護師、小児外来看護師、小児集中治療室（PICU）医師・看護師、訪問看護師、市町村保健師、医療的ケア児等コーディネーター、相談支援専門員

現状での課題や退院後継続されるケアと必要な支援について、地域関係者と情報共有し、実際の生活に合わせた具体的な支援について話し合った。退院後の職種ごとの役割を分担し、多職種で連携して支援する体制を整えた。毎日、訪問看護を利用するために2か所の訪問看護ステーションを調整した。1か所は小児の経験が少なかったため、児の入院中にNICU病棟へ来院し、技術実習を行った。<sup>④</sup>3人の同胞がおり、医療的ケアが多い児のため、レスパイトやヘルパーの利用についても関係者間で検討し進めていくこととした。気管切開・人工呼吸器管理であり、緊急時の対応として、消防署への情報提供を行うこととした。

#### 【ポイント④】

訪問看護ステーションの特徴に応じて、必要に応じてNICU内での実習などを行うことが有効である。

## 2) 退院前訪問<sup>⑤</sup>

NICU 医師・看護師、臨床工学士、保健師、訪問看護師、医療用具業者で自宅訪問を行った。電源の確保や機器の配置、児の移送時の環境などを確認した。

#### 【ポイント⑤】

退院前の家庭訪問により療養環境のアセスメントを行うことは、生活環境に応じた支援を行うために重要である。

## 3) 小児病棟での母児同室

母と祖母の医療的ケアに関する手技獲得が出来たため、一日を通しての児の生活リズムに合わせたケアを行い、母子がそれぞれに慣れ、更なる母子関係の促進のために小児病棟で母児同室を行った。母親は初めて児と一緒に過ごし、疲労は見られたが、混乱はなく過ごす事ができていた。

## 4) 要支援乳児連絡票の送付

市町村と医療機関との情報共有のために、要支援乳児連絡票を送付した。

### 【在宅支援期】

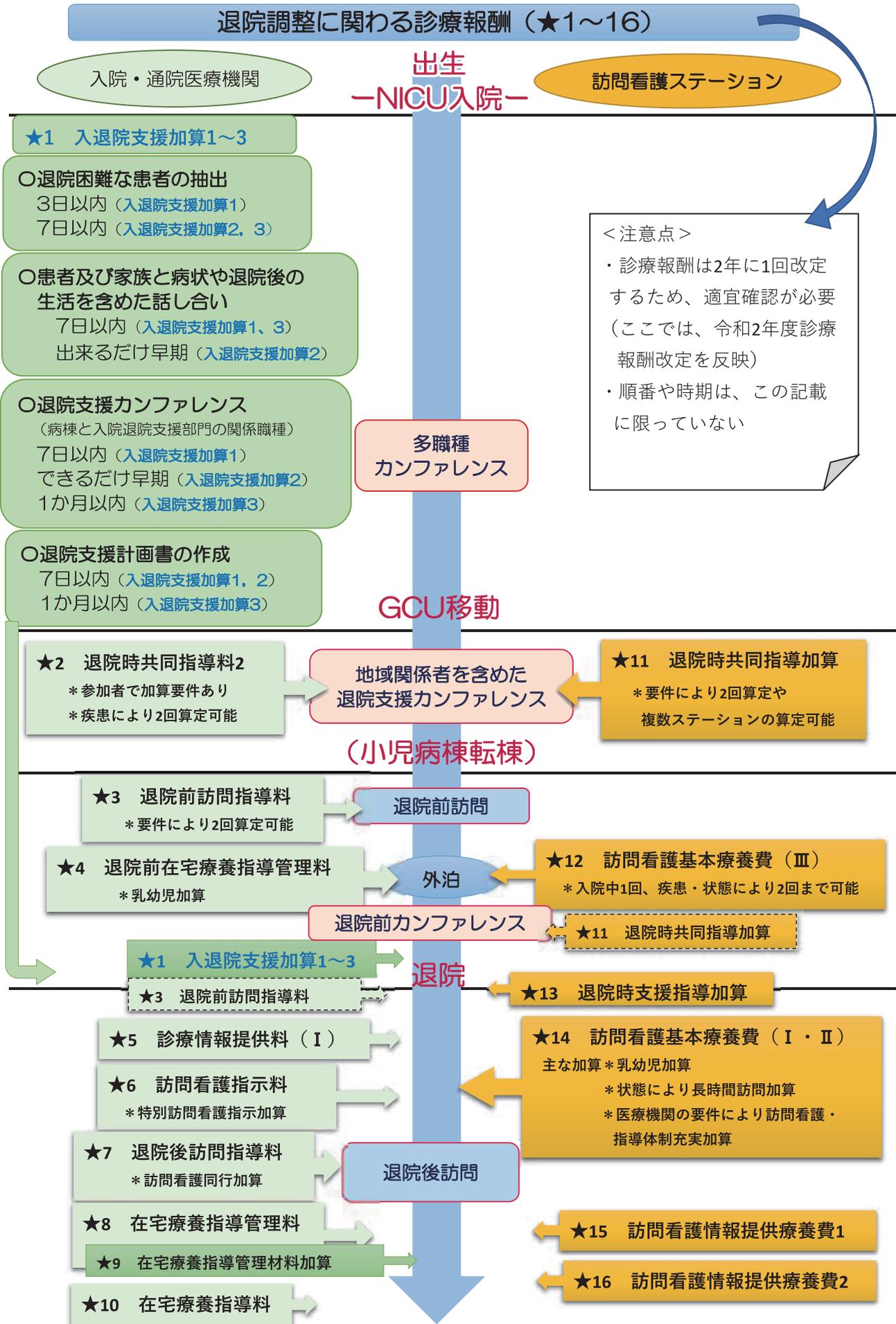
病棟から外来への継続として看護サマリーを活用し、退院後も継続される課題や在宅物品の供給状況などを申し送った。初回外来受診時に、退院支援看護師（またはMSW（医療ソーシャルワーカー））が在宅での状況を確認し、課題に関しては訪問看護師や保健師と連絡調整を行った。退院後3か月をめぐり、関係者会議を行い、課題と対応について必要に応じた支援の再調整を行った。<sup>⑥</sup>成長発達に合わせたバギーなどの福祉用具の作成が必要になってくるため、調整を行った。さらに通院リハビリを導入するため療育センターへの紹介を進めた。訪問看護ステーションからの報告書などで情報共有し、今後も連絡調整を継続していく。

#### 【ポイント⑥】

退院後の再評価を行い、支援の再調整を行うことが大切である。成長発達の時期に応じた関係者会議開催が必要である。

\*この事例は、仮想の事例である。

IV. 退院調整に関わる診療報酬について



## 1. 医療機関

### ★1 入退院支援加算

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するもの。入退院支援加算は3種類あり、実施期限等が異なる。

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
特記事項	<p>*入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下、入退院支援職員）が各病棟に専任で配置されている。</p> <p>*15歳未満の小児加算あり</p>	<p>*15歳未満の小児加算あり</p>	<p>*入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児在宅移行に係る適切な研修を受けた専任の看護師、又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されている。</p>
①初期スクリーニングから退院困難な要因を要する患者を抽出	<p>3日以内</p> <p>&lt;退院困難な要因&gt;</p> <p>ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること</p> <p>イ 緊急入院であること</p> <p>ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること</p> <p>エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること</p> <p>オ 生活困窮者であること</p> <p>カ 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）</p> <p>キ 排泄に介助を要すること</p> <p>ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと</p> <p>ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養を含む）が必要なこと</p> <p>コ 入退院を繰り返していること</p> <p>サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合</p>	<p>7日以内</p>	<p>7日以内</p> <p>「新生児特定集中治療室管理料」又は「総合周産期特定集中治療室管理料」を算定した退院困難な要因を有する患者</p> <p>&lt;退院困難な要因&gt;</p> <p>ア 先天奇形</p> <p>イ 染色体異常</p> <p>ウ 出生体重 1,500g 未満</p> <p>エ 新生児仮死（Ⅱ度以上）</p> <p>オ その他、生命に関わる重篤な状態</p>
②家族に IC、適切な範囲で退院後の生活を含めて話し合い開始	<p>7日以内（一般病棟）</p>	<p>できるだけ早期</p>	<p>7日以内</p>
③退院支援カンファレンス	<p>7日以内</p> <p>（入退院支援職員含む、病棟と入退院支援部門の関係職種）</p>	<p>できるだけ早期</p> <p>（病棟と入退院支援部門の関係職種）</p>	<p>1か月以内</p> <p>（病棟と入退院支援部門の関係職種）</p>
④退院支援計画書作成	<p>7日以内</p>	<p>7日以内</p>	<p>1か月以内</p>

**★2 退院時共同指導料 2 \*多機関共同指導加算**

入院中の患者について、地域において退院後の在宅療養を担う支援者が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の支援者と共同で行った上で、文書により情報提供した場合に、それぞれの保険医療機関において算定する。

\*多機関共同指導加算：入院中の医療機関の医師又は看護師等が、退院後の在宅療養を担う多職種 3 者以上と共同して指導を行った場合に加算できる。

**★3 退院前訪問指導料**

継続して 1 か月以上入院すると見込まれる患者の自宅に、入院中（外泊時を含む）又は退院日に訪問し、病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら、介護者に退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。

**★4 退院前在宅療養指導管理料 \*乳幼児加算（6 歳未満の条件を満たせば加算可能）**

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。

**★5 診療情報提供料（I）**

患者が入院していた医療機関が、退院後の療養支援を担う関係機関に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

**★6 訪問看護指示料 \*特別訪問看護指示加算**

在宅療養中の患者で、通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するもの。

\*特別訪問看護指示加算：急性増悪、退院直後等の事由により、週 4 日以上の高頻回の指定訪問看護を一時的に行うことを認め指示書を交付した場合に加算できる。

**★7 退院後訪問指導料 \*訪問看護同行加算**

退院した患者の自宅を訪問し、患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に算定する。

\*訪問看護同行加算：在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の医療機関の保健師、助産師、看護師と同行し、必要な指導を行った場合に加算できる。

★8 在宅療養指導管理料

★9 在宅療養指導管理材料加算

在宅療養指導管理料について

在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たるものに対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併わせて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。

※2022年4月現在の診療報酬点数表より 以後変わり得る

在宅療養指導管理料	在宅療養指導管理材料加算 特定保険医療材料	お渡し物品（例） ※数は施設による規定で
<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患：520点 その他の場合：2400点	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ加算：携帯用880点 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮装置加算：4000点 <input type="checkbox"/> 液化酸素装置加算設置：3970点、携帯880点 <input type="checkbox"/> 呼吸同調式デマンドバルブ加算：291点 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法材料：その他100点	※酸素ボンベ（業者） ※酸素マスク、経鼻カニューレ等は業者より供給 ※Spo2モニター（要相談）
<input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸指導管理料 ：2800点	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器加算 陽圧：7480点、鼻マスク：6480点	<input type="checkbox"/> 蒸留水（差し込みor注ぎ） ※回路等の物品は業者から供給
<input type="checkbox"/> 在宅気管切開患者指導管理料 ：900点	<input type="checkbox"/> 気管切開患者用人工鼻加算：1500点	<input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ <input type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> サクシオンカテーテル <input type="checkbox"/> Yガーゼ <input type="checkbox"/> 消毒綿棒 <input type="checkbox"/> 消毒剤等
<input type="checkbox"/> 在宅小児経管栄養法指導管理料 ：1050点	<input type="checkbox"/> 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 ：2000点 <input type="checkbox"/> 注入ポンプ加算：1250点	<input type="checkbox"/> 栄養ボトル <input type="checkbox"/> 栄養カテーテル <input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> 栄養管セット <input type="checkbox"/> 栄養チューブ <input type="checkbox"/> 注入ポンプ <input type="checkbox"/> 注入ボトルセット
<input type="checkbox"/> 在宅中心静脈栄養法指導管理料 ：3000点	<input type="checkbox"/> 在宅中心静脈栄養法輸液セット加算 ：2000点 <input type="checkbox"/> 注入ポンプ加算：1250点	<input type="checkbox"/> 注入ポンプ <input type="checkbox"/> 輸液セット（6セットまで） ※7セット以降：特定保険医療材料料
<input type="checkbox"/> 在宅自己導尿指導管理料：1400点	<input type="checkbox"/> 特殊カテーテル加算 親水性コーティングを有するもの ：①60本以上90本未満 1700点 ②90本以上120本未満 1900点 ③120本以上 2100点 その他のもの：1000点 間歇バルーン：1000点	<input type="checkbox"/> ネラトunkカテ <input type="checkbox"/> キシロカインゼリー <input type="checkbox"/> 消毒綿棒 <input type="checkbox"/> 消毒剤

★10 在宅療養指導料

在宅療養指導管理料を算定している患者又は器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医療機関を受診した際に、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に算定する（実施要件あり）。

## 2. 訪問看護ステーション

### ★11 退院時共同指導加算

退院後に指定訪問看護を受けようとする対象に対して、訪問看護ステーションの看護師等と入院施設の医療者が、退院後の在宅療養についての指導を入院施設において共同で行い、その内容を文書で提供した場合（実施月の訪問看護管理療養費）に加算できる。要件により、2回算定や複数のステーション算定可能。

### ★12 訪問看護基本療養費（Ⅲ）

在宅療養に備えて一時的に外泊をしている入院患者に対する訪問看護を行った場合に算定する（入院中1回、疾患・状態により2回まで可能）

### ★13 退院支援指導加算

退院日に訪問看護を提供した場合に加算できる。

#### <引用・参考文献>

- ・「令和4年4月版 医科診療報酬点数表」より一部抜粋（一部表現を変更）
- ・「令和4年4月版 医科点数表の解釈」より一部抜粋（一部表現を変更）
- ・「令和3年4月版 訪問看護業務の手引き」より一部抜粋（一部表現を変更）

## V. 子どもの福祉制度について

ふくしまサポートブック～医療的ケア ver～ から

### 医療的ケア児及びその家族が利用できる 可能性のある制度・事業の紹介

- ここに記載してあるものは、あくまで利用できる可能性のある制度・事業であり、お住まいの市町村では利用できないサービスもあります。
- 一方、お住まいの市町村で独自に実施しているサービス、事業もあります。
- サービスの利用にあたっては、身近な支援者の方などと相談しながら検討しましょう。

分野	制度	事業概要	実施主体
医療	未熟児養育事業	未熟児（身体の発育が未熟のまま出生した乳児（1歳未満）であって、正常児が出生時に有する諸機能を得るに至るまでのもの）に対して、医療保険の自己負担分を補助する。	市町村
	小児慢性特定疾病医療費	患者家庭の医療費負担を回るため、その医療費の自己負担の一部を助成する。	県 中核市
	難病医療費	指定難病にかかっている患者の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担の一部を助成する。	県
子育て支援	保育所	就労等している保護者に代わって、保育を必要とする乳幼児の保育を行う施設。	市町村
	放課後児童クラブ	共働き家庭など留守家庭の小学校に就学している児童に対して、学校の空き教室や児童館、公民館などで、放課後等に適切な遊び及び生活の場を与えてその健全な育成を図る。 看護職員の配置に要する費用の補助を活用し、医療的ケアが必要な児童を受け入れる放課後児童クラブもある。	市町村
	居宅訪問型保育事業	集団保育が困難な保育を必要とする乳幼児について、その乳幼児の居宅において保育を行う事業。	市町村
保健	子育て支援世代包括支援センター	妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、保健師等を配置して「母子保健サービス」と「子育て支援サービス」を一体的に提供できるよう、妊産婦、乳幼児並びにその保護者を対象にきめ細かな相談支援等を行う。	市町村
	小児慢性特定疾病児童等自立支援事業	地域による支援の充実（相談支援事業、小児慢性特定疾病自立支援員の設置等）により自立促進を図る。	県 中核市
	小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業	日常生活の便宜を図ることを目的として、特殊寝台等の日常生活用具を給付する。	市町村

## 医療的ケア児及びその家族が利用できる 可能性のある制度・事業の紹介

分野	制度	事業概要	実施主体
障がい福祉	児童発達支援（医療型児童発達支援）	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	放課後等デイサービス	授業の終了後または休校日に、事業所に通所し、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	保育所等訪問支援	保育園や児童養護施設等を訪問し、障がい児に対して障がい児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	居宅訪問型児童発達支援	重度の障がい等により外出が著しく困難な障がい児の自宅を訪問して、発達支援を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	短期入所	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排泄、食事の介護等を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	障害児入所施設（福祉型・医療型）	施設に入所している障がい児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	障害児相談支援事業、計画相談	障害児通所支援や障害福祉サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後には事業者等と連絡調整を行い、障がい児支援利用計画等を作成する。	市町村長が指定した事業者
	居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行う。	都道府県知事等が指定した事業者
	日常生活用具給付等事業	障がい児等のに日常生活上の便宜を図るための用具の給付又は貸与を井行う。	市町村長
	身体障害者手帳	身体障害者福祉法に定める身体上の障害がある者に対して、都道府県知事等が交付する。	県、中核市
	療育手帳	知的障がい児・者への一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対して各種援助措置を受けやすくするため、児童相談所又は障がい者総合福祉センターにおいて知的障害と判定された者に対して、都道府県知事等が交付する。	県（申請窓口は各市町村）
	障害者総合支援法の対象疾病（難病等）	対象疾病に該当する者は、障害福祉サービス等の対象となり、障害者手帳を持っていなくても、必要と認められた支援が受けられる。	市町村

医療的ケア児及びその家族が利用できる  
可能性のある制度・事業の紹介

分野	制度	事業概要	実施主体
障がい福祉	特別児童扶養手当	精神又は身体に障がいをもつ児童について手当を支給することにより、これらの児童の福祉の増進を図る。	県（申請窓口は各市町村）
	障害児福祉手当	重度障がい児に対して、その障がいのため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給することにより、特別障がい児の福祉の向上を図る。	県、市及び福祉事務所を管理する町村
	障害者扶養共済制度	障がいのある方を育てている保護者が毎月掛金を納めることで、保護者が亡くなったときなどに、障がいのある方に対し、一定額の年金を一生涯支給するもの。	県
教育	特別支援学校におけるセンター的機能	特別支援学校は、小・中学校等の要請に応じて、発達障がいを含む障害のある児童生徒等のための個別の指導計画の作成や個別の教育支援計画の策定などへの援助を含め、その支援を行う。	特別支援学校
	教育相談・就学相談	市町村の教育委員会は、乳幼児期を含めた早期からの教育相談の実施や学校見学、関係機関との連携等を通じて、障がいのある児童生徒等及びその保護者に対し、就学に関する手続き等について情報提供を行う。 また、都道府県の教育委員会は、専門家による巡回指導を行ったり、関係者に対する研修を実施するなど、市町村教育委員会における教育相談体制の整備を支援する。	県・市町村
	特別支援教育就学奨励費	特別支援学校等に就学している児童生徒等の保護者に対し、通学費、学校給食費、学用品費等の就学に必要な経費の援助を行う。	国、県、市町村

※全体版は、以下参照

福島県こども未来局児童家庭課ホームページ

「医療的なケアが必要なお子さんの支援に関する情報について」

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21035a/ikeaji.html>

## VI. 訪問看護に関すること

### 【小児が利用できる訪問看護の制度の概要】

基本的に、40歳以下の方が利用できる訪問看護は、医療保険の適用または自費による訪問看護である。

#### 1 利用の流れ

主治医は、訪問看護ステーションに対して、「訪問看護指示書」または「精神科訪問看護指示書」を交付する。

利用者は、利用する訪問看護ステーションと契約を行う。

訪問看護ステーションは、主治医の指示と、利用者や家族の訪問看護に希望することをもとに訪問看護計画書を作成し、サービス提供を開始する。

#### 2 利用できる訪問看護ステーション

健康保険の訪問看護を実施している訪問看護ステーションは、基本的にはどこでも利用は可能である。しかし、ステーションの空き状況や、小児の訪問看護を行えるかによって受入れの可否は異なるため、事前に確認することが必要である。

#### 3 事前に確認が必要な事項

訪問看護を利用する際、厚生労働大臣が定める疾病等特掲診療料の施設基準等別表第七（以下、「別表第七」）に掲げる疾病等の者であるか、または厚生労働大臣が定める疾病等特掲診療料の施設基準等別表第八（以下、「別表第八」）に掲げる状態等にある者であるかを確認する。また、「基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」で規定する、超重症児（者）・準超重症児（者）のどちらかに該当するかも、提供できるサービスの種類に関わるので確認が必要である。

#### 4 訪問看護の回数

健康保険を利用した訪問看護は、基本的に1日1回、1週間に3回まで可能。

別表第七・第八の対象者や特別訪問看護指示書が交付された者には毎日訪問することが可能で、1日に複数回の訪問も可能。

## 5 訪問看護の時間

健康保険を利用した訪問看護は、30分以上90分未満。それを超える時間の訪問看護は、長時間訪問看護加算が適応になるか、加算が該当にならない場合は、自費の訪問となる。

### 1) 長時間訪問看護加算

1時間30分以上の訪問看護を行う場合に加算される。加算の対象となるのは、

- (1) 15歳未満の超重症児または準超重症児
- (2) 別表第八に掲げる者
- (3) 特別訪問看護指示書または精神科特別訪問看護指示書に係る訪問看護を受けている者

で、週1回につき算定可能。しかし、(1)の者と、(2)の状態であり、かつ15歳未満の小児は週3回まで算定可能。

※(準)超重症児の判定は訪問看護指示書に明記される必要がある。または、訪問看護ステーションの看護師等が判定を行い、訪問看護報告書に記載して主治医が確認する必要がある。

### 2) 自費の訪問看護

長時間訪問看護加算を算定しない日の1時間30分を超える訪問看護は、ステーション毎に設定する保険対象外の利用料金が発生する。

## 6 退院前カンファレンスへの参加

自宅へ退院するにあたり、医療機関の医師や看護師と訪問看護ステーションの看護師等が共同して在宅療養生活の指導を行い、文書で指導内容を提供した場合に、訪問看護ステーションでは退院時共同指導加算を算定できる。別表第七・第八の対象者に複数回を別日に実施した場合は、2回まで、初日の訪問看護の実施日に加算する。入院中に2回算定できる場合、2か所の訪問看護ステーションが行った場合はそれぞれ1回ずつ算定可能。

## 7 外泊時の訪問看護

在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者で、別表第七・第八の対象者または、主治医が訪問看護指示書にて必要と認める者に対して、入院中1回(別表第七・第八該当者は2回)の訪問看護が可能。

## 8 退院当日の訪問看護

別表第七・第八の対象者または、主治医が訪問看護指示書にて必要と認める者に対して、退院した当日の訪問看護を退院支援指導加算として算定可能。退院日の翌日以降初日の訪問看護療養費に対して加算する。

## 9 複数の事業所からの訪問看護と訪問リハビリテーション

訪問看護ステーションと病院・診療所の訪問看護、訪問リハビリテーションの併用は、いくつかの条件のもとで可能。主に、別表第七・第八の対象者または（精神科）特別訪問看護指示書が交付されている者が条件に該当する。詳しくは、訪問看護ステーションに問い合わせる。

## 10 複数名による訪問

看護職員と看護職員、理学療法士等、看護補助者が同時にサービスを提供することも可能。別表第七・第八の対象者または（精神科）特別訪問看護指示書が交付されている者、並びに著しい迷惑行為がある場合等に実施することができる。利用回数には上限がある。

## 11 訪問看護ステーションからの情報提供

別表第七・第八の対象者または精神科訪問看護指示書の交付を受けている者並びに、15歳未満の小児の利用者について、本人または家族からの同意のもとに、訪問看護ステーションが市町村に必要な情報提供を行うことができる。

15歳未満の超重症児または準超重症児、15歳未満の別表第七・第八該当者については、本人または家族からの同意のもとに、義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報提供を行うことも可能。これは、入学または転学時等の当該学校に初めて在籍する月に情報提供を実施した場合に1人につき月1回に限り算定できる。

## 12 医療保険対象外の利用料金

保険適応となる利用料金の他に、自費の費用がかかる場合がある。一般的にあるのは、

- ・長時間訪問看護加算が適応にならない場合の90分を超える訪問看護費
- ・営業日以外の訪問看護費
- ・交通費
- ・おむつ等日常生活物品費
- ・死後の処置費用

などである。料金設定は、ステーションによって異なるので、確認が必要である。

(別表第七)

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

(別表第八)

- 一 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜 灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

**【超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準】**

以下の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続する場合<sup>\*1</sup>に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで
2. 判定スコア (スコア)
  - (1) レスピレーター管理<sup>\*2</sup> = 10
  - (2) 気管内挿管, 気管切開 = 8
  - (3) 鼻咽頭エアウェイ = 5
  - (4) O<sub>2</sub> 吸入又は SpO<sub>2</sub>90%以下の状態が 10%以上 = 5
  - (5) 1 回/時間以上の頻回の吸引 = 8  
6 回/日以上以上の頻回の吸引 = 3
  - (6) ネブライザー 6 回/日以上または継続使用 = 3
  - (7) IVH = 10
  - (8) 経口摂取(全介助)<sup>\*3</sup> = 3  
経管(経鼻・胃ろう含む)<sup>\*3</sup> = 5

- (9) 腸ろう・腸管栄養<sup>※3</sup> = 8  
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） = 3
- (10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、  
発汗による更衣と姿勢修正を 3 回/日以上 = 3
- (11) 継続する透析（腹膜灌流を含む） = 10
- (12) 定期導尿（3 回/日以上）<sup>※4</sup> = 5
- (13) 人工肛門 = 5
- (14) 体位交換 6 回/日以上 = 3

### 【判定】

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

※1 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

※2 毎日行う機械的気道加圧を要するカマツ・NIPPV・CPAP などは、レスピレーター管理に含む。

※3 (8)(9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※4 人工膀胱を含む

## Ⅶ. 患者会・家族会について

患者会・家族会は、同じ悩みや問題を抱える当事者や親同士の交流の場であり、地域で生活していく際の孤立を防いだり、子どもの成長発達の過程で変化する様々な悩み・不安などのニーズに対して支援し合う存在になったりする。

紹介するにあたっては、子どもや親がおかれている状況や求めていることをアセスメントし、紹介の時期についてもスタッフ間で協議し共有していくことが必要である。

### 【患者会・家族会】

様々な患者会・親の会が存在しており、必要に応じて福島県ホームページや地域の保健師等に問い合わせる。

福島県こども未来局児童家庭課ホームページ

「医療的なケアが必要なお子さんの支援に関する情報について」

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21035a/ikeaji.html>

Ⅷ. 資料

【資料1. 妊娠中の支援に関する資料 ハイリスク妊産婦連絡票 参考例】

様式第12号 (令和2年4月1日改正)

**ハイリスク妊産婦連絡票**

発送日 年 月 日

市町村名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

記入者職氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の妊産婦の状況をお知らせします。 記入日 年 月 日

ふりがな 妊産婦氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	
住 所 (住民票上)	日中連絡先 ( ) 自宅電話 ( )				
居住地 (住所と異なる場合記入)	世帯主名: _____ 電話 ( ) 訪 問 先: <input type="checkbox"/> 本人の実家・ <input type="checkbox"/> 夫の実家・ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
既往妊娠	妊娠 回・分娩 回・流産 回・中絶 回	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 兄弟 ( ) 人 <input type="checkbox"/> 祖父・ <input type="checkbox"/> 祖母・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) 人		
妊娠経過	<input type="checkbox"/> 異常なし ・ <input type="checkbox"/> 所見あり ( <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群・ <input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 貧血・ <input type="checkbox"/> 悪阻・ <input type="checkbox"/> 切迫 流早産・ <input type="checkbox"/> その他 )				
分娩経過 及び状況	分娩予定日 又は分娩日		年 月 日		
	児氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		
	在胎週数	週	出生体重	g	
分娩: <input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常 ( <input type="checkbox"/> 帝王切開 ・ <input type="checkbox"/> 吸引 ・ <input type="checkbox"/> 鉗子 ・ <input type="checkbox"/> その他 )					
ハイリスク 妊産婦と判断 した要因	<input type="checkbox"/> 年齢が18歳以下 ( <input type="checkbox"/> 既婚・ <input type="checkbox"/> 未婚) <input type="checkbox"/> 年齢が35歳以上 ( <input type="checkbox"/> 既婚・ <input type="checkbox"/> 未婚) <input type="checkbox"/> 妊娠前の体重がBMI 30以上 <input type="checkbox"/> 精神神経疾患 ( <input type="checkbox"/> てんかん・ <input type="checkbox"/> 統合失調症・ <input type="checkbox"/> うつ病・ <input type="checkbox"/> 産褥うつ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 治療状況: <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> その他 ( )、治療薬 ( ) <input type="checkbox"/> 望まない妊娠 (背景: ) <input type="checkbox"/> 家庭内の問題 (経済的・家族関係・協力者不在等) (具体的に ) <input type="checkbox"/> 妊娠、出産、育児についての不安が強い (具体的に ) <input type="checkbox"/> EPDS ( <input type="checkbox"/> 9点以上・ <input type="checkbox"/> 10の項目で1点以上・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <u>※EPDSの結果、二次質問等の写しを添付してください。</u> <input type="checkbox"/> その他 (具体的に ) ※赤ちゃんへの気持ち質問票等で判断した場合は、質問票の写しを添付してください。				
現病歴 又は既往歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 疾患名 ( ) 治療状況 ( )				
直近の児の状 況 ( / 現在)	現病歴 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( ) 体重 ( g ) 栄養 ( <input type="checkbox"/> 母乳 回/日・ <input type="checkbox"/> ミルク ml × 回 ) その他 ( )				
当院での 指導状況	今後の予定: <input type="checkbox"/> 妊婦健診 ( 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 産後健診 ( 月 日頃) ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) 希望する訪問時期 年 月 日頃まで				
市町村への 連絡・指示 事項					
市町村対応の 本人への説明	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → 本人の了解 : <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (説明無の場合、その理由: )				

【資料1. 妊娠中の支援に関する資料 妊産婦訪問等結果連絡票 参考例】

様式第13号の1

(令和2年4月1日改正)

妊産婦訪問等結果連絡票 (妊婦)

発送日 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名 \_\_\_\_\_ 様

市 町 村 名 \_\_\_\_\_  
訪問実施者職氏名 \_\_\_\_\_  
訪 問 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
電 話 番 号 \_\_\_\_\_

ハイリスク妊産婦の訪問等結果について、下記のとおり連絡します。(面接者: 本人・夫・母・その他 )

ふりがな 妊産婦氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	(産前産後休暇: 有・無)
住 所 (住民票上)	日中連絡先 自宅電話 ( )			
居住地 (住所と異なる 場合記入)	世帯主名: _____ 電話 ( ) 訪 問 先: <input type="checkbox"/> 本人の実家・ <input type="checkbox"/> 夫の実家・ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
妊娠経過	分娩予定日 _____ 年 月 日 今までの妊娠・出産・産褥の状態は <input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> 異常 ( ) 今までに2,000g以下の低体重児出産 _____ 回、流産 _____ 回、早産 _____ 回、死産 _____ 回			
環 境	家族の疾患 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( ) 住居の状況 ( <input type="checkbox"/> 一戸建、 <input type="checkbox"/> アパート・マンション _____ 階、 <input type="checkbox"/> その他 _____ ) 部屋数 _____ 室			
一般状況	気分・体調 ( <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良) 疲労感 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 悪阻 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 下腹部の張り ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 浮腫 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 胎動 ( ) 食欲 ( <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 無) 睡眠 ( <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良) 便秘 ( <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 否) 出血・帯下 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 血圧 ( / ) 貧血 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 父・ <input type="checkbox"/> 母・ <input type="checkbox"/> 兄弟 ( ) 人 <input type="checkbox"/> 祖父・ <input type="checkbox"/> 祖母・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) 人	
妊婦の主訴				
訪問時状況				
指導状況	<input type="checkbox"/> 受診勧奨 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 精神的支援 <input type="checkbox"/> 妊娠中の日常生活について (運動・休養・睡眠・清潔・服装・喫煙・飲酒・性生活) <input type="checkbox"/> 家族に対する指導 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応について <input type="checkbox"/> 分娩の経過と準備について <input type="checkbox"/> その他			
今後の方針	継 続: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 _____ 月頃 [ <input type="checkbox"/> 訪問 ・ <input type="checkbox"/> 電話連絡 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]			
医師等への 連絡・依頼				
本連絡票を送付することについての本人の同意	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			

【資料2. 出産後の支援に関する資料 赤ちゃんへの気持ち質問票 参考例】

**赤ちゃんへの気持ち質問票** 実施日 年 月 日 (産後 日目)

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけて下さい。

	ほとんどいつも 強くそう感じる	たまに強く そう感じる	たまに少し そう感じる	全然 そう感じない
1. 赤ちゃんをいとおしいと感じる。	( )	( )	( )	( )
2. 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	( )	( )	( )	( )
3. 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	( )	( )	( )	( )
4. 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわかない。	( )	( )	( )	( )
5. 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。	( )	( )	( )	( )
6. 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。	( )	( )	( )	( )
7. こんな子でなかったらなあと思う。	( )	( )	( )	( )
8. 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。	( )	( )	( )	( )
9. この子がいなかったらなあと思う。	( )	( )	( )	( )
10. 赤ちゃんをととても身近に感じる。	( )	( )	( )	( )

(吉田ら (2003) による日本語版)

## エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

実施日 年 月 日 (産後 日目)

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことにもっとも近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。  
( ) いつもと同様にできた。( ) あまりできなかった。  
( ) 明らかにできなかった。( ) 全くできなかった。
2. 物事を楽しみにして待った。  
( ) いつもと同様にできた。( ) あまりできなかった。  
( ) 明らかにできなかった。( ) ほとんどできなかった。
3. 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。  
( ) はい、たいていそうだった。( ) はい、時々そうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。( ) いいえ、全くなかった。
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。  
( ) いいえ、そうではなかった。( ) ほとんどそうではなかった。  
( ) はい、時々あった。( ) はい、しょっちゅうあった。
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。  
( ) はい、しょっちゅうあった。( ) はい、時々あった。  
( ) いいえ、めったになかった。( ) いいえ、全くなかった。
6. することがたくさんあって大変だった。  
( ) はい、たいてい対処できなかった。  
( ) はい、いつものようにうまく対処できなかった。  
( ) いいえ、たいていうまく対処した。  
( ) いいえ、普段通りに対処した。
7. 不幸せなので、眠りにくかった。  
( ) はい、ほとんどいつもそうだった。( ) はい、時々そうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。( ) いいえ、全くなかった。
8. 悲しくなったり、惨めになったりした。  
( ) はい、たいていそうだった。( ) はい、かなりしばしばそうであった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。( ) いいえ、全くそうではなかった。
9. 不幸せなので、泣けてきた。  
( ) はい、たいていそうだった。( ) はい、かなりしばしばそうだった。  
( ) ほんの時々あった。( ) いいえ、全くそうではなかった。
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。  
( ) はい、かなりしばしばそうだった。( ) 時々そうだった。  
( ) めったになかった。( ) 全くなかった。

(岡部ら (1996) による日本語版)









【資料3. NICU入院後の児に関する資料 退院支援計画書 参考例】

### 新生児退院支援計画書

ID :

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 様 御家族様

入院日 令和 年 月 日

計画書着手日 令和 年 月 日

計画書作成日 令和 年 月 日

計画書変更日 令和 年 月 日

病棟	NICU (転棟年月日: 令和 年 月 日)
病名	
患者以外の相談者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 (育児支援者: _____)
退院支援計画者名 (下記担当者を除く)	主治医: _____、担当医: _____、病棟看護師長: _____、 病棟担当看護師: _____、その他病棟担当チーム看護師
退院に係る困難要因	退院後も継続した支援が必要となる可能性があるため。
退院に係る問題点・課題等	上記の問題点及び課題点について、入院中から退院に向けて支援体制を整えていくことが必要と推測されます。
退院支援へ向けた目標設定	お子さんの退院に向けて、必要な知識やケアなどが習得できるように支援します。また、地域での支援体制を調整します。
支援期間	当院 NICU 入院から退院まで
支援内容	<p>&lt;必要な知識やケアの習得&gt;</p> <input type="checkbox"/> 育児一般、日常生活ケア <input type="checkbox"/> 病状の観察、注意点 <input type="checkbox"/> 退院時に必要な医療的ケアの方法 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 (救急外来の受診方法を含む) <input type="checkbox"/> 家庭内でお子さんのケアを行う役割分担
	<p>&lt;地域での支援体制&gt;</p> <input type="checkbox"/> 医療、保健福祉サービス利用のための地域の関係機関との調整 <input type="checkbox"/> お子さんに適した医療機関の調整 <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先 (医大 NICU : 0 2 4 - 5 4 7 - 1 5 6 3) <p>&lt;その他&gt;</p> <input type="checkbox"/> ( _____ )
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
保健福祉サービス等 (地域連携)	必要に応じて医療制度や保健福祉サービス、地域の関係機関 (保健福祉機関、訪問看護ステーション) について情報提供します。
退院後に予想される担当者	

(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。

令和 年 月 日

病棟担当看護師 \_\_\_\_\_

退院支援計画担当者 (患者サポートセンター) \_\_\_\_\_

この説明により、新生児入退院支援計画について、よく理解できましたので同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

【資料3. NICU入院後の児に関する資料 新生児等退院支援連絡票 参考例】

(令和2年4月1日改正)

様式2

【医療機関へお願い】

この連絡票は、母子保健法第19条(未熟児の訪問指導)に基づき、必要に応じて市町村が訪問指導を行うためのものです。  
未熟児が退院(退院予定が決まり次第)する際、または虐待等の早期発見等のため、別紙送付要件に該当する場合も保護者の住民票がある市町村へ送付をお願いします。

要支援乳児連絡票 (医療機関 ⇨ 市町村)

長

発送日 年 月 日

医療機関名

主治医

【送付要件】 未熟児 ・ その他

記入日 年 月 日

〔ふりがな〕 児の氏名		生年月日		年 月 日 生まれ		第( )子	
性別等		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		/ <input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎 ( )子中 ( )子			
父母の氏名		父 ( )歳		母 ( )歳			
住所 (住民票上)		自宅電話番号		携帯番号(母・父)			
居住地(上記と異なる場合)		世帯主名		電話番号		滞在期間	
出生時の状況	出生場所	<input type="checkbox"/> 当院 ・ <input type="checkbox"/> 他病院・クリニック( )		在胎週数		週 日	
	分娩様式	<input type="checkbox"/> 自然 ・ <input type="checkbox"/> 吸引 ・ <input type="checkbox"/> 鉗子 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 帝王切開(適応)		出生体重 g	
	特記事項	身長 cm					
妊娠中の状況		ハイリスクの有無 / <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → (具体的に)					
不妊治療歴		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (治療法: )		治療期間: ( )		児の診断名	
入院中の経過	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		保育器収容日数		日	
	けいれん: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → 生後( )日~( )日 / 酸素使用: 生後( )日~( )日 / 人工換気療法: 生後( )日~( )日 黄疸治療: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → 光線療法( )日 / 交換輸血( )回 眼底所見: <input type="checkbox"/> 検査実施未 ・ <input type="checkbox"/> 所見無 ・ <input type="checkbox"/> 所見有 → 網膜症治療: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 / 新生児聴覚検査: <input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー(□右・□左・□両側) その他の合併症:						
入院中の母親の状態(産後の精神面も含む)							
退院時の状況	体重	g		哺乳状態		<input type="checkbox"/> 母乳〔 <input type="checkbox"/> 直母/□搾乳〕 ・ <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工( )ml × ( )回 / 哺乳量の制限: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )ml	
	退院処方	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )		フォローアップする医療機関		当院 ・ ( )病院( )科/診療所 次回受診予定 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 )	
主な育児担当者		〔日中〕 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		育児支援者の有無		〔日中〕 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他( )〕	
		〔夜間〕 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他( )				〔夜間〕 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他( )〕	
〔家族構成〕 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟( )人 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )人		〔予測される問題点〕		(市町村で行ってほしい指導内容) ・希望する訪問時期 年 月 日頃まで			
〔主な退院指導内容〕							
本連絡票を送付することについての保護者の同意		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		外来担当(主治)医		担当助産師・看護師等 本事例の連絡先(担当科・TEL) ( 科/TEL )	

福島県子育て支援課 作成

【資料4. 訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書】

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )  
点滴注射指示期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名			生年月日										
患者住所											電話		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)										
現在の状況・該当項目に○等	病状・治療状態												
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.						
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2			
	認知症の状況		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M				
	要介護認定の状況	要支援( 1 2 )		要介護( 1 2 3 4 5 )									
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5			NPUAP分類 III度 IV度								
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法( ) l/min)									
		4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ									
		7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ)		日に1回交換)									
		8. 留置カテーテル(部位: サイズ)		日に1回交換)									
	9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定)		)										
	10. 気管カニューレ(サイズ)		)										
	11. 人工肛門	12.人工膀胱	13.その他( )										
留意事項及び指示事項													
I 療養生活指導上の留意事項													
II 1. リハビリテーション													
( 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・( )分を週( )回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載) )													
2. 褥瘡の処置等													
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理													
4. その他													
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)													
緊急時の連絡先 不在時の対応法													
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び総合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)													
他の訪問看護ステーションへの指示 ( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 )													
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( 無 有 : 訪問介護事業所名 )													

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

( F A X )

医 師 氏 名

印

事業所

殿

【資料4. 特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書】

特別訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間( 年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間( 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日
( 歳)	
病状・主訴:  一時的に訪問看護が頻回に必要な理由:	
留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい)	
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

( F A X )

医 師 氏 名

印

事業所

殿

<参考資料>

新潟大学医歯学総合病院 (改訂版) 新潟県 NICU 入院児退院調整ガイドブックH31.3.indb  
(niigata.lg.jp)

<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/218687.pdf>

N I C U退院支援 東京都福祉保健局 (tokyo.lg.jp)

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/syusankiiryo/nicutainshien.html>

公益社団法人福島県看護協会  
 医療的ケア児の在宅移行に関するガイドライン作成ワーキンググループ  
 委員名簿

(敬称略)

氏名	所属	職名
岩崎 美樹	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 患者サポートセンター	看護師長
下谷さおり	いわき市医療センター 地域周産期母子医療センター	主任看護技師 新生児集中ケア認定 看護師
菅原 宏大	なごみケア訪問看護ステーション	所長
鈴木 仁	社会福祉法人牧人会 福島県西白河地域相談センターこひつじ	相談支援 アドバイザー
服部 桜	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院	助産師長 福島県看護協会 助産師職能理事
古溝 陽子	公立大学法人福島県立医科大学看護学部 小児・精神看護学部門	講師
若林 章都	喜多方市保健福祉部社会福祉課 地域包括ケア推進室 子ども家庭総合支援班	副主任技査 福島県看護協会 保健師職能委員
渡邊 順子	一般財団法人太田総合病院附属 太田西ノ内病院	看護科長

【オブザーバー】

氏名	所属	職名
門脇 俊平	福島県こども未来局児童家庭課	副主査

【事務局担当者】

氏名	所属
牧野 恵子	公益社団法人福島県看護協会 事業課
岩田 弥栄子	

## 医療的ケア児の在宅移行に関するガイドライン

初 版：2022 年2月発行

第2版：2022 年6月発行

公益社団法人福島県看護協会

編集 公益社団法人福島県看護協会 事業課

発行 公益社団法人福島県看護協会

TEL 024-934-0512

FAX 024-991-5560

公益社団法人福島県看護協会