

新潟県NICU入院児 退院調整ガイドブック

令和8年3月

新潟大学医学総合病院
Niigata University Medical & Dental Hospital
総合産期母子医療センター
新潟県福祉保健部健康づくり支援課

はじめに

周産期医療の進歩に伴い、より小さく、より未熟性の強い赤ちゃんたちが助かるようになってきました。また、様々な疾患を抱えて生まれてきた赤ちゃんたちも、自宅で家族とともに生活できるようになってきました。一方で、様々な理由により NICU での長期入院を余儀なくされている赤ちゃんたちも少なくありません。

このような NICU の子どもたちと家族を支援するため、新潟県では平成 23 年 4 月から「NICU 入院児支援事業」として、NICU 入院児支援コーディネーターを新潟大学医歯学総合病院に配置しました。そして、その事業の一環として、平成 27 年 3 月に「新潟県 NICU 入院児退院調整ガイドブック」初版を発行しました。これは「医療的ケアが必要な子どもたちが、生活の中で多くの人たちと交流し、様々な経験を重ねながら、それぞれの可能性を広げてほしい。家族の一員として、社会の中で安心して生活していくことが、子どもの成長と発達にとって最も大切である」という思いのもとに作成されました。

平成 28 年には第 2 版を発行し、多くの子どもたちや家族の退院後の環境調整や地域への橋渡しとして広く活用されてきました。それから 10 年が経過し、子どもたちや家族、NICU を取り巻く環境はさらに大きく変化しました。予後不良な染色体異常児に対する診療の考え方の変遷、医療デバイスの進歩、医療的ケア児支援法の制定などにより、より多くの子どもたちが地域で生活する時代となりました。しかし、子どもたちと家族を取り巻く生活環境の整備はまだ十分に追いついていないとは言えず、各地域で試行錯誤の取り組みが続けられています。

このような現状に対応するため、このたび第 3 版の改訂を行いました。改訂にあたっては、新潟県内の医療・保健・福祉など多職種の皆様にご協力いただきました。繰り返し検討を重ね、「入院中から入院児支援コーディネーターやリハビリテーションスタッフが関わり地域へつなぐこと」、「訪問看護・産後ケアなど地域資源との連携を強化していること」、「災害時の備えや防災計画」など多岐にわたる項目を盛り込みました。その結果、現在の支援体制に即したより実践的な内容へ改訂されています。ぜひ、多くの皆様に本ガイドブックをご活用いただければ幸いです。

NICU に関わるすべての子どもと家族が、地域の中で安心して明るく暮らせるよう、本ガイドブックがその一助となることを願っております。

令和 8 年 3 月

新潟大学医歯学総合病院
総合周産期母子医療センター
小林玲

目 次

I. NICU 入院児の現状と連携充実のために	1
1. NICU 入院児の現状と退院調整	3
2. NICU 入院児の退院支援の特徴	4
3. 新潟県における NICU 入院児の現状と退院調整	4
4. 退院調整ガイドブックの活用について	5
II. 新潟県 NICU 入院児支援コーディネーターの役割	7
1. NICU 入院児支援コーディネーターとは	9
2. 新潟県の NICU 入院児支援コーディネーター設置の背景	9
3. 新潟県 NICU 入院児支援コーディネーターの業務	9
4. 今後の課題	10
III. NICU 入院児の退院調整	11
1. 退院調整の対象と連携について	13
2. NICU 入院児の退院調整の流れ	14
退院調整フロー図	15
退院支援スクリーニング票<記載例>	17
退院支援計画書<記載例>	20
新生児等退院支援連携票<記載例>	22
3. 養育者への継続支援が妊娠期から必要な場合の連携	29
コラム 生活する地域でサービスを受けるために	32
コラム 情報提供の同意について	32
コラム 産後に支援が必要な場合	35
4. 退院調整に関わる診療報酬	39
退院調整時の診療報酬に関するフロー図	39
退院調整に関わる診療報酬の概要	40
5. NICU/GCU における小児在宅移行支援パス	42
コラム 防災・災害時の避難について	44
IV. 療育(発達支援)・リハビリテーション	47
1. 療育(発達支援)とは	49
2. 子どもと家族の「生活」を支える療育(発達支援)・リハビリテーション	49
3. 療育(発達支援)・リハビリテーションの対象者と目的	51
4. 療育(発達支援)・リハビリテーションにおける家族支援	52
5. 病院から地域へ:療育(発達支援)の流れ	52
V. 退院調整の実際	55
事例 1 医療的ケア(経管栄養)が必要な場合	57
事例 2 医療的ケア(人工呼吸器)が必要な場合	65
コラム ピアサポートについて	78
事例 3 退院後も継続した家族への育児支援や心理的フォローが必要な場合	81
事例 4 妊娠期から、医療機関と地域の連携が必要な場合(特定妊婦)	89
VI. 社会資源と主な関係機関	99
VII. 用語集	111
VIII. 退院調整のチームづくりのために	121
IX. 活用のためのツール	125
退院支援スクリーニング票	127
退院支援計画書	129
新生児等退院支援連携票	131
新生児等訪問結果連絡票	135
暮らしのスケジュール表	137
「新潟県医療的ケアマニュアル」について	139

I . NICU 入院児の現状と連携充実のために

1. NICU 入院児の現状と退院調整

1) NICU 退院後の子どもの現状

周産期・新生児医療の進歩に伴い、多くの新生児の救命が可能になった中で医療的ケア*を必要とする子どもや、発達や退院後の生活にも継続して援助が必要な子どもが増加している。厚生労働省の報告によると、日本の出生数は減少傾向であるが、この10年間、2500g未満で生まれる低出生体重児は全体の約10%、37週未満の早産児は約5%と報告されている¹⁾。在胎週数に比べて、体重が小さい児が増加しており、母体や胎児の要因だけでなく、生活習慣、養育環境など、妊娠期からの切れ目のない包括的な支援が求められている。また、急性期治療後に日常的に医療的ケアを必要とする医療的ケア児も、過去16年で2倍に増加しており、NICU入院時の約6割が在宅でも医療的ケアが必要になっている²⁾。今後も医療的ケア児の在宅移行はさらなる増加が見込まれるため、より充実した退院支援が求められている。

日本では、新生児の出生数減少とともに、分娩取扱い医療機関も減少しており、ハイリスク妊産婦と児に対応するため、周産期母子医療センターを基幹とした集約化と施設間の連携体制の整備が、周産期医療圏を中心に進められている。どの地域に暮らしていても、安心・安全で健やかに子どもと家族が生活を送るためには、医療・保健・福祉・教育をはじめとした生活の多様な機関との連携が重要である。

各専門機関が協働し、子どもと家族の地域での生活に寄り添うための体制づくりの基盤をつくるために、さらに質の高い退院調整実践が望まれる。

2) 子どもと家族への支援

近年、各種法律をはじめ、様々な機関で生後早期から在宅移行を見据えて子どもと家族を支援する体制整備が促進されている。小児の在宅医療の特徴として、①高度医療と地域医療サービスの連携、②成長に伴う他機関・多職種との連携、③コーディネーターの整備、④支援システムと人材の地域差が挙げられる。

医療的ケア児の親を対象とした調査³⁾では、退院前後で「利用できる支援やサービスに関して十分な説明がなかった」が43%を超え、また、退院前後の時期に支援に関する評価が不十分と認識している親が55%で、入院中や在宅期よりも、退院前後の支援に課題が多かった。

保健師の支援としては、平成25年の母子保健法の改正により、低出生体重児の届出（第18条）や未熟児の訪問指導（第19条）、養育医療（第20条）が市区町村に移譲され、妊娠期から一貫した母子保健サービスが展開されている。翌年には、切れ目のない支援をワンストップで実施する「母子健康包括支援センター」の設置が努力義務とされ、地域の状況を継続的・包括的に支援する体制整備が進められている。出産前から家族がSOSを出せる環境を整え、地域の中でNICUや小児科退院後に並行して育児支援にあたる役割が期待されている。

新潟県における小児の訪問看護利用状況は、令和7年に医療的ケア児支援センターが行った調査では50事業所あり、小児は230名が利用していた。内訳として65%が医療的ケ

ア若しくは重症心身障害児、約 35%は医療的ケアのない児であった。NICU や小児科の退院時からの利用が最も多く、育児支援を目的とした利用も進められている。地域による訪問看護ステーションの偏在及び人材育成が課題となっている。小児における訪問看護では、家族へのケア指導・精神的支援、リハビリテーションや保育園、学校や病院との調整などが多いのが特徴で、長時間、複数ステーション利用が多い状況がある⁴⁾。

さらに、相談支援専門員や、医療的ケア児等コーディネーターなど、サービスのコーディネートを担う人材育成も進められており、本稿の改訂に際しても、連携の中での役割、タイミング、支援内容等を具体的に提示できるよう努めた。

2. NICU 入院児の退院支援の特徴

退院支援は、子どもと家族の役割や力が重要なカギとなる。家族が単に育児に必要な手技を獲得することが重要なのではなく、子どもを家族の一員として受け入れ、その家族の生活を創造していく力を生み出していくことが大切である。これは、Family-Centered Care とよばれ、専門職はその考えを実践する役割を担っている。Family-Centered Care においては、「患者・家族と専門職・ケア提供者との平等で有益なパートナーシップに基づく、ヘルスケアの計画・提供・評価の方法である」⁵⁾という理念のもと、【尊厳と尊重】【情報の共有】【参加】【協働】の4つを中心に実践していく。【尊厳と尊重】では、子どもと家族の考え方や選択についてよく聴き、尊重し、その知識や価値、信念、文化的背景をケア計画の立案や実行に具体的に反映することが支援者の役割として重要である。次に【情報の共有】では、偏りのないすべての情報を支持的で効果的な方法で家族に伝え、共有することが求められ、【参加】では、家族が意思決定できることやケアに参画できるよう勧め、支える支援が重要である。【協働】については、子どもと家族、支援者のチームメンバー、そしてコーディネーターが、ケアをはじめ今後の方針やプログラムの開発・実行・評価・支援体制のあり方や専門家の教育を協働して検討し行うことがあげられる⁶⁾。これら全ての過程で、子どもと家族が尊重され、その役割を發揮できるよう専門職が支援することが重要である。

3. 新潟県における NICU 入院児の現状と退院調整

新潟県内の1年間の出生数は2010年の18,000人をピークに、2024年は9,941人と減少傾向で、低出生体重児は出生全体の9.9%であった⁷⁾。

新潟県では、子どもと家族が安心して地域で生活できる体制づくりの一環として、周産期母子医療センターの機能強化や病床数の整備、NICU 入院児支援コーディネーターの設置などの取り組みを行っており、更なる体制の充実を目指している。また医療機関と保健所等の円滑な連携を目的に、平成13年度「新潟県周産期医療対策協議会」を設立し、平成14年度から「未熟児等診療情報提供票」及び「未熟児等訪問結果連絡票」の運用を開始している。平成27年度よりそれぞれ「新生児等退院支援連携票」、「新生児等訪問結果連絡票」に改訂され、本稿の改訂と同時に、内容の充実を図っている。

県内の訪問看護事業所における小児の受入れが可能な施設は、2011年の26施設から、2024年では64施設と増加傾向にある⁸⁾。新潟県医療的ケア児支援センターを中心に、今

後も、在宅支援を担う「人づくり」と「地域づくり」が求められる。子どもの NICU 入院前から退院後の多様な支援を並行し、子どもと家族のより良い地域生活のため、今後も体制を充実させていくことが求められている。

4. 退院調整ガイドブックの活用について

1) 退院調整とは

このガイドブックでは、「NICU 入院児と家族が退院後も身体的・精神的・社会的側面が安定した生活を送ることができるような、生活の再構築⁹⁾のための専門的支援を、病院内外の専門職との連携と協力により入院当初から取り組む活動」のことをさす。

退院調整を行うためには、入院早期から支援の必要な NICU 入院児と家族への介入や、支援計画に基づいた支援と、さらに地域の在宅支援サービス・市町村とのネットワーク構築を行うことが必要となる。

2) 退院調整ガイドブックの活用とネットワークづくり

退院調整ガイドブックの中間評価では、医療機関および保健師へのアンケートで約半数が活用している状況であった¹⁰⁾。活用の具体例として、①各種ツールの活用、②事例活用、③NICU から保健師への情報提供のポイントを把握する等であった。一方、支援に該当する子どもと家族とのかかわりがなく、時間制限の中でガイドブックを読み込むことや、実践活用が難しいという現状も示されていた。第3版に改訂にあたっては、各機関の皆様に参加いただき、現状に即した内容を意図している。特に、「退院前からのリハビリテーション」「産後ケアや家族の変化に応じた子育て支援」「災害」に重点を置き、実践的に活用できるような内容構成に努めた。一つひとつの組織の各人がネットワークの網目をつなぎ、日常の中からお互いを理解し連携を強化する取り組みが求められている。NICU を退院した後も、子どもと家族の生活に寄り添い、療養環境を支えるため、病院と地域が協働して退院調整を実践できる体制づくりが望まれる。

(田中美央)

*1 「医療的ケア児」：2016 年「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が施行され、「医療的ケア児」という用語が初めて法的に位置づけられた。第56条の6第2項では「人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の核関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡情勢を的に医療の必要な子どもたちへのさらなる支援が課題となっている。



引用文献

- 1)人口動態統計 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html> (2026.1.10)
- 2) 平成 30 年度厚生労働科学研究「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)推計報告
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001237298.pdf> (2026.01.10)
- 3)こども家庭庁 令和6年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業「医療的ケア児支援センターの機能強化等に関する調査研究」https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2025/04/koukai_250428_03_17.pdf (2026.01.10)
- 4)中央社会保険医療協議会第370回総会資料
- 5)Mandi S.Newton. Family-centered Care:Current Realities in Participation.Pediatric Nursing26.2. 2000;164-168.
- 6)Institute for Patient-and Family-Centered Care:Advancing the practice of patient-and family-centered care,(http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf),2014.11.10.
- 7) 母子保健の現況(令和6年)新潟県福祉保健部健康づくり支援課
<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/453381.pdf> (2026.01.10)
- 8)令和5年度新潟県 医療的ケアを要する子どもに対する訪問看護についてのアンケート結果,新潟県健康対策課母子保健係ホームページ新潟県健康対策課母子保健係調査
<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/419149.pdf> (2026.01.10)
- 9)日本看護協会編.小児慢性疾患患者の退院調整に関する指針,2005.1.31.
- 10) 平成27年新潟県NICU入院児情報交換会情報交換会IN長岡アンケート結果(平成27年11月18日)

Ⅱ. 新潟県 NICU 入院児支援コーディネーターの役割

1. NICU 入院児支援コーディネーターとは

NICU 入院児支援コーディネーターとは NICU・GCU に長期入院している児について、その状態に応じた望ましい療養・療育環境への円滑な移行を図るための調整役である。

NICU を退院する子どもと家族への支援には、子どもと家族を中心としたチームアプローチが重要であり、多職種が関わる上では多職間の調整が欠かせない。子どもと家族を中心にして医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、社会福祉士、保健師、訪問看護師、専門相談員等とチームを編成し、連絡を密にとりながら、多職種で退院後について検討する機会を作るなど、チームとして支援ができるよう全体の調整を行う。

2. 新潟県の NICU 入院児支援コーディネーター設置の背景

平成 22 年、国の「周産期医療体制整備指針」¹⁾を受け、新潟県では「新潟県周産期医療体制整備計画」を策定した。その一環として、新潟県は「NICU 入院児支援事業」を新潟大学医歯学総合病院に委託し、NICU 入院児支援コーディネーターとして看護師 1 名を配置した。

主な事業項目²⁾は①NICU、GCU 等の長期入院児の状況把握、②望ましい移行先（他医療施設、療育施設、福祉施設、住宅等）との連携・調整、③在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援、④新潟大学医歯学総合病院ネットワーク連絡会の運営、⑤県内の入院児支援体制についての情報収集と分析及び関係機関への情報提供、⑥望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項である。

3. 新潟県 NICU 入院児支援コーディネーターの業務

新潟県 NICU 入院児支援コーディネーターは、新潟県より委託された 6 つの上記事業項目を受けて、新潟大学医歯学総合病院の NICU に入院した子どもの個々の入退院支援と、新潟県内の NICU 入退院支援体制の構築に努めている。

(1) 周産期母子医療センターにおける入退院支援の充実

- ①NICU 入院前からの支援（産科退院支援係との連携や NICU 見学など）
- ②NICU の退院調整フロー図（P15 参照）に基づいた支援
- ③院内多職種カンファレンス及び地域関係者との退院前調整会議の開催
- ④入院中より在宅をイメージした支援（退院前訪問等）
- ⑤地域との定期的な情報共有（新潟大学医歯学総合病院ネットワーク連絡会）
- ⑥NICU 退院後の支援（小児科外来スタッフとのカンファレンス・退院後訪問など）

(2) NICU 入退院支援情報交換会

周産期母子医療センター間の入退院支援を共有する機会が少なかったこと、施設間により退院調整が異なることなどから、周産期母子医療センターの入退院支援スタッフを対象にした情報交換会を開催している。

(3) 小児在宅療養支援研修会

新潟県内の小児在宅療養支援の充実と連携を図る目的で毎年開催している。

①訪問看護師対象の研修会

小児看護の特徴を知ってもらうため、NICU 医師や新生児集中ケア認定看護師による講義と演習を実施。

②症例検討会・公開講座

入退院支援についての検討や顔の見える関係性の構築に向けて、新潟県内の小児在宅療養支援に携わる全ての職種を対象として開催。症例検討や講演だけでなく、グループ交流会を行い、多職種連携の促進に努めている。

4. 今後の課題

コロナ禍を経て、SNS や Zoom などを活用し全国の人とつながれるようになった現在、医療的ケア児の家族も家族自身で情報を集めたり、つながりを持っていくことが増えている。その一方で、社会とつながれず孤立していく家族、支援を求められない家族もいる。だからこそ、今まで以上に支援者間で連携を取り、必要な支援がすべての家族へ行き届くような体制づくりが必要となる。入院中は入退院支援コーディネーターや退院支援看護師が、退院した後は保健師や相談支援専門員、医療的ケア児コーディネーター等の専門職が中心となり、子どもやその家族が無理なくその家族らしい生活が送れるよう、多職種と一緒に考えながら支援し続けていくことが大切である。

新潟県内の NICU 入院児に関わる支援者が、より良い支援を考えていけるような機会を設け、子どもを迎え入れる家族が、この先の未来を描き続けられるよう、支援者皆で連携・協力して伴走し、支えていける体制を目指したい。

第3版は多職種の方から意見・情報をいただき追加した。たくさんの支援者が手に取り、今後の NICU 入院児への支援に役立てていただきたい。

(伊藤綾)

¹⁾周産期医療体制整備指針，平成 22 年 1 月 26 日医政発 0126 第 1 号，厚生労働省，

<https://www.jnanet.gr.jp/document/kan/shishin2010.pdf>, 2015.1.15.

²⁾新潟県 NICU 入院児支援事業実施要綱，平成 23 年 4 月 1 日

³⁾新潟県 NICU 入院児退院調整ガイドブック，平成 27 年 3 月

⁴⁾新潟県 NICU 入院児退院調整ガイドブック，平成 31 年 3 月

Ⅲ. NICU 入院児の退院調整

1. 退院調整の対象と連携について

1) 退院調整が必要な対象とは (P14 図1 参照)

NICU を退院する子どもが安全に地域生活に移行するためには、医療的側面及び育児・社会・福祉的側面の両面を視野に入れ支援する必要がある。そのため、退院調整が必要な対象は、①NICU 入院児、②継続的に支援が必要な養育者。子どもは急性期を過ぎた後にも経過観察を必要とする場合や、継続する医療的ケアが必要な場合もある。また養育者自身の養育力や、育児不安・負担の状況などに応じて幅広い対象への支援が求められる。

子どもと家族自身が、妊娠、出産、育児の流れの中で、支援や社会資源を選択・活用していくための退院調整を行えるよう、本ガイドブックは以下のモデル事例を提示している。

事例 1 医療的ケア（経管栄養）が必要な場合

事例 2 医療的ケア（人工呼吸器）が必要な場合

事例 3 退院後も継続した家族への育児支援や心理的フォローが必要な場合

事例 4 妊娠期から、医療機関と地域の連携が必要な場合（特定妊婦）

各事例は、県内における周産期母子医療センターの NICU から居住地へ退院する場合の調整を想定している。それぞれの医療機関や地域の特性に応じて、その項目や支援プロセスを精練して活用していただくことを期待する。

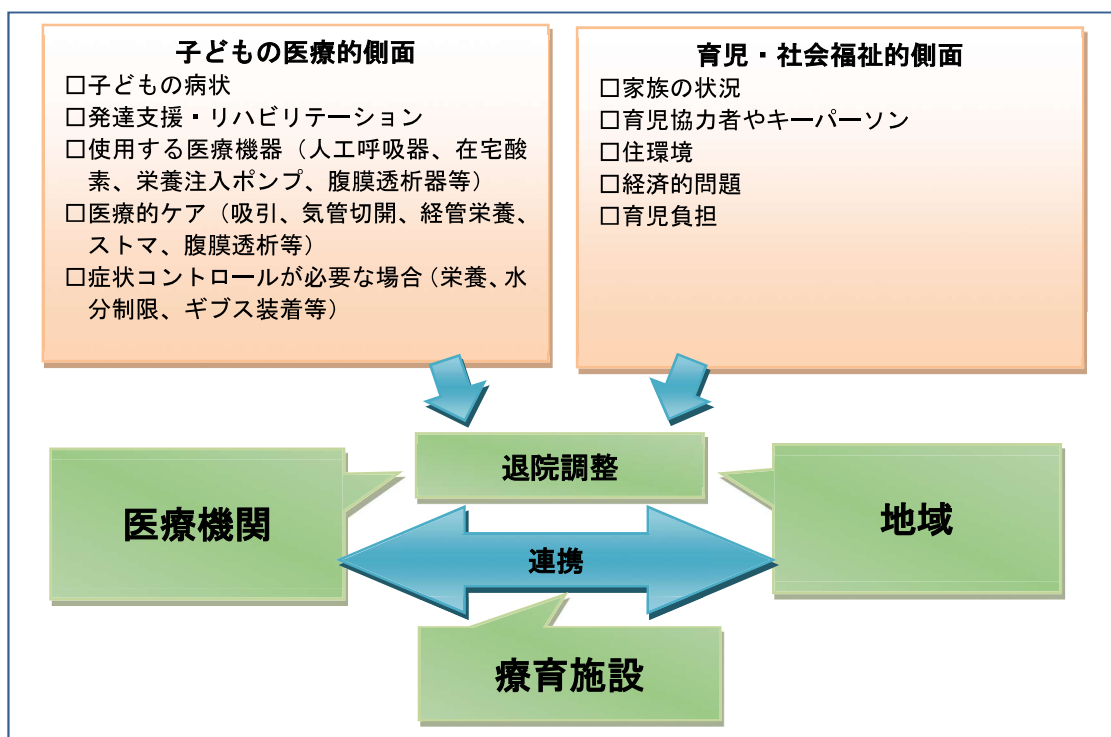
2) 周産期母子医療センターと市町村保健師の連携について

本ガイドブックは、①NICU 入院児、②継続的に支援が必要な養育者、についての退院調整の進め方の概要を示している。

①NICU 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ケースが多い。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、市町村保健師との連携強化が求められる。タイムリーな情報交換とコミュニケーションが必要なため、時間軸にそって、その内容を示している。

②妊娠期からの継続的支援が必要な場合は、市町村保健師が地域での継続支援の必要性について妊産婦や養育者と相談しながらアセスメントする。特に母子健康手帳交付時や家庭訪問・関係機関連携等の機会を活用し、家族の養育力を把握する。連携を進める上で、妊娠中や出産後早期の状況を予測して協力医療機関と連携を図ることが重要である。保健師は、家庭訪問や健康づくり等の地区活動を通じ、住民やその生活の場に直接関わり、地域の実態を把握し、個人にあった支援を展開している。母子保健対策としても、妊娠・出産・育児までの一貫した支援体制による継続的な支援を担っていく。

図1 退院調整の対象と連携



2. NICU 入院児の退院調整の流れ

NICU 入院児の退院調整の流れとして、「退院調整フロー図」（P15 図2 参照）を示す。

支援の必要な対象を把握するために、入院早期からスクリーニング票(P17 参照)を用いたアセスメント、院内カンファレンスに基づいた退院支援計画（P20 参照）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、これらを効果的にすすめるためのツールを作成した。入院から退院まで全てのプロセスにおいて、家族と共に話し合いを続け、同じ方向を向いて退院調整を行うことが重要である。

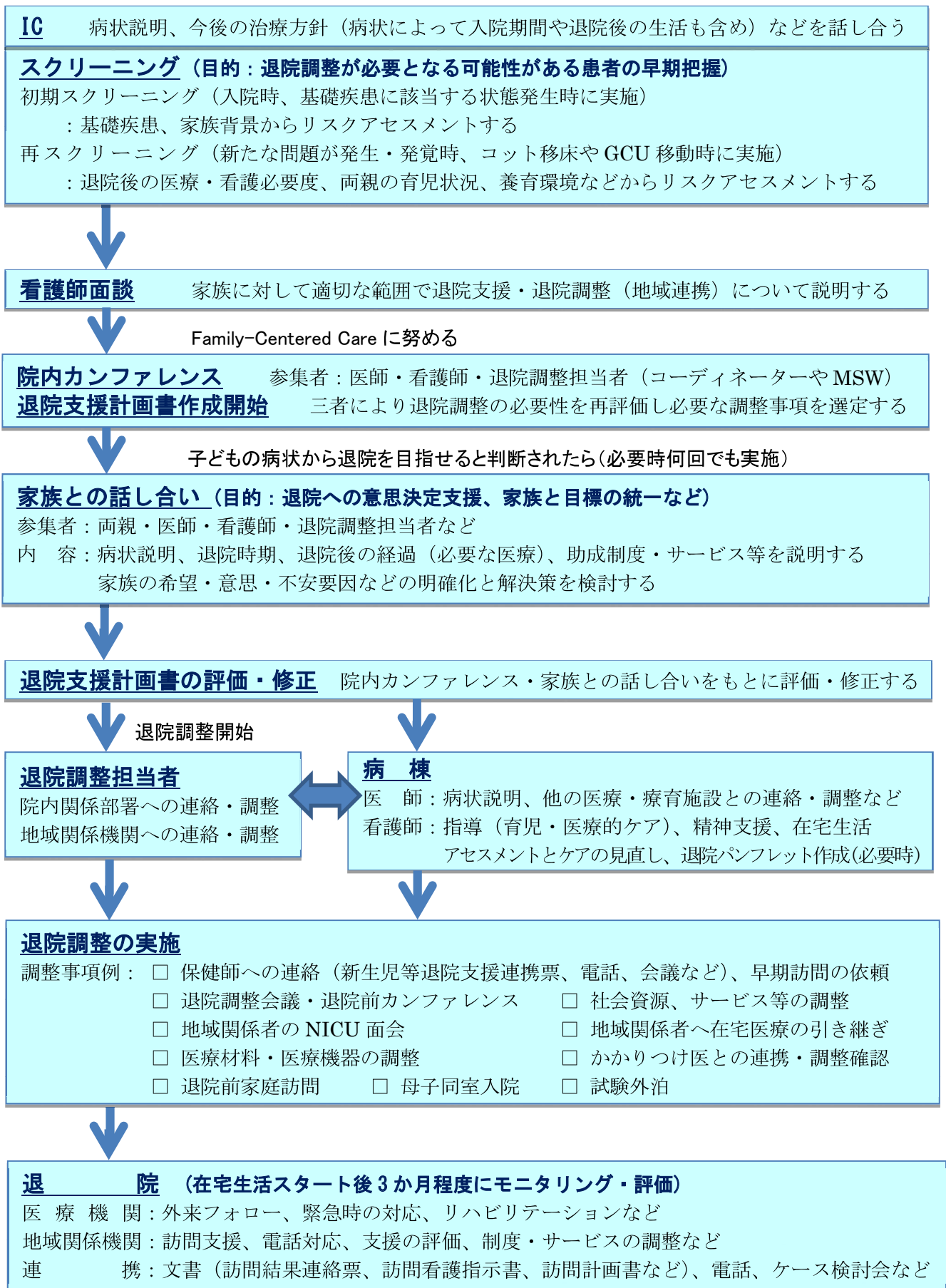
退院調整担当者（NICU 入院児支援コーディネーターや MSW）が、NICU での退院支援や育児支援と歩調を合わせながら、院内・院外の関係部署との連絡調整を行う。種々の支援を情報共有しながら進めていく。

退院後は3か月をめどに退院調整の評価を行う。

本ガイドブックで示す内容を参考にそれぞれの医療機関や地域の特性に応じて、その項目や構成、使い方を精練して活用していただくことを期待する。

なお、「退院調整に関わる診療報酬の概要」と「退院調整時の診療報酬に関するフロー図」には、退院調整に関わる診療報酬と算定要件の概要について提示した（P39,40 参照）。

図 2 退院調整フロー図



1) インフォームドコンセント (IC)

妊娠中の経過を含め出生時の状況、現在の病状、今後の治療方針、予測される経過・入院期間などについて医師より説明する。

2) スクリーニング【退院支援スクリーニング票 P17 参照】

退院調整が必要な人を早期に発見して特定することである¹⁾。NICU 入院児は疾患、家族の状況、養育環境、社会保障制度等アセスメントの視点が成人と異なる場合もあるため、NICU 入院児の特性を考慮したスクリーニング票を用いることが有効である。

スクリーニングは入院時に行う初期スクリーニングと、新たな問題が発生したり病状が急性期から安定期に移行した時期（コット移床や GCU 移動時）に行う再スクリーニングがある。病状だけでなく子どもの発達段階や生活状況、親子・家族・社会システムの視点から総合的に情報収集し²⁾、スクリーニング票に記載していく。

(1) 初期スクリーニング

■時期：P39 図 4 参照

■3 項目（基礎疾患、家族背景、母親の状況）の該当する箇所に☑印または数値を記入する。

■☑印が記入されている場合は、今後退院調整が必要となる可能性があるため、担当医、PNs、退院調整担当者で情報交換を開始し、退院支援計画書の作成に着手する。

(2) 再スクリーニング

■時期：新たな問題の発生・発覚時、コット移床や GCU 移動時に実施する。子どもの病状が安定しはじめ家族が退院後の生活をイメージできる時期に、家族の育児状況や養育環境などについて再スクリーニングを行い、医療上および養育上の課題を明確にすることが重要である。

■5 項目（子どもの状況、母親の育児状況、父親の育児状況、退院後の養育環境、制度・サービス等の利用）の該当する箇所に☑印を記入する。母親および父親の育児状況については日々の面会時の様子から、カンファレンス等で総合的に判断する必要がある。

■家族の在宅生活への希望を記入する。リスク要因の抽出にとらわれがちだが、家族の不安や希望、不明な点を明確にしておくことも重要である。

■☑印が記入されている場合は、多職種による院内カンファレンスでスクリーニング票の個別的なアセスメントを行い、退院調整の必要性及び調整事項を検討し、退院支援計画書を作成する。



3) 看護師による面談

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て、適切な範囲で退院後の生活も含めて周産期母子医療センターと地域との連携体制について説明する。

4) 院内カンファレンス

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するとともに意見交換を行い、子どもと家族の健康的な生活とは何か、そのためにどのような調整が必要かを専門的にアセスメントし、調整すべき事項を抽出する。

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期待される。

院内カンファレンスでの検討事項例は以下のとおりである。

- 入院中の経過、現状、予測される状況
- 家族背景、受け入れ状況
- 退院に向けた課題、目標、支援内容について検討

5) 家族との話し合い

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調整に参加できるようにすることである。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。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。

- 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。多職種が関わることでいろいろな方面から調整・支援することができる。
- 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、助成制度、サービス等について説明する。
- 退院後の生活がイメージできるように支援し、両親・家族の思いや希望、不安を確認し、退院に向けた問題、目標、支援、調整に繋げていく。
- 入院早期から関わり、信頼関係を確立しておく。

6) 退院支援計画書の作成【退院支援計画書 P20 参照】

退院支援計画とは、アセスメントにより把握された生活ニーズ、目標（長期・短期）、サービス内容、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。1日・1週間・1か月の流れを一覧表にまとめるなどして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。

■時期：P39 図4参照、又は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

■様式：以下の内容を含むこと

ア 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

イ 退院困難な要因

ウ 退院に関する患者以外の相談者

エ 退院支援計画を行う者の氏名

オ 退院に係る問題点、課題等

カ 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

※ 退院支援計画書を作成しそれに基づいて退院あるいは転院した場合、診療報酬として入退院支援加算が算定できる。ただし、ある一定の要件を満たしている場合に限る（P40参照）。

各項目で当てはまるものすべてに☑する。

参考例

退院支援計画書

ID 年 月 日(入院日)
 患者氏名: 殿 年 月 日(計画日)
 生年月日: 性別: 年 月 日(変更日)

病名			
養育を担う人	← 未婚、ひとり親の場合は「父親」または「母親」、母親が育児能力に欠ける場合は他の協力者も記載する。		
退院支援を行う者の氏名	主治医		
	看護師長		
	担当看護師		
	退院調整担当者		
退院に向けて支援が必要な状況	医療の面	<input type="checkbox"/> 医療処置が必要 <input type="checkbox"/> 継続して療育・リハビリが必要 <input type="checkbox"/> 哺乳状況や体重増加の観察が必要 <input type="checkbox"/> その他()	
	養育の面	<input type="checkbox"/> 育児について <input type="checkbox"/> 養育協力者について <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 養育について <input type="checkbox"/> 経済面について	
退院に向けた目標	お子さんご家族が安全に安心して生活できることを目標に、退院後の生活に必要な指導および関係機関と連携して地域支援・サービス等の調整を行います。		
支援期間	年 月 日 ~ 退院日まで		
支援内容	<input type="checkbox"/> 育児の指導 <input type="checkbox"/> 医療処置の指導 <input type="checkbox"/> 保健師との連携 <input type="checkbox"/> 訪問看護師との連携 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 養育支援体制の調整 <input type="checkbox"/> 在宅医療に伴う機器・物品の調整 <input type="checkbox"/> 他の医療機関・療育施設等との連携 <input type="checkbox"/> 医療費等制度の活用		
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の医療機関 <input type="checkbox"/> 療育施設 <input type="checkbox"/> その他()		
退院後に利用が予測される社会資源・サービス等及び担当者	<<制度・手当など>> <input type="checkbox"/> 子ども医療費 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 日常生活用具給付() <input type="checkbox"/> その他()		
	<<地域支援・サービスなど>> <input type="checkbox"/> 市町村の母子保健サービス(担当者: 地区担当保健師の名前を記載する。) <input type="checkbox"/> 訪問看護()		
	<input type="checkbox"/> ホームドクター(紹介状作成等で小児科医院へ医療支援を依頼した場合に記載する。) <input type="checkbox"/> 他の医療機関・療育施設等の利用()		
	<input type="checkbox"/> 医療機器業者の支援() <input type="checkbox"/> その他()		
注)上記内容は現時点で考えられるものであり、状態の変化などに応じて変更となる場合があります。			
説明日	年 月 日	説明者サイン:	他の行政担当者、相談支援専門員、ヘルパーなどが介入する場合は記載する。
		保護者サイン:	(続柄)

7) 主な退院調整

NICU 入院児の退院調整には、市町村保健師との連携が欠かせない。文書、電話、会議の場を活用し、タイムリーな情報交換とコミュニケーションによる顔の見える連携を心がけることが大切である。どのような退院調整が必要か、市町村保健師の見解を確認しながら実施していく。

(1) 新生児等退院支援連携票（2019年改訂）【P22-23 参照】の送付

- 目的：子どもの病状および経過、家族の状況、継続して支援を要する事項などを文書で情報提供し、退院後の保健指導に反映させる。
- 期待される効果：子どもや家族が退院後継続したケアを受けることで、安定した生活を送ることができるとともに、支援者が適切なケアを提供することで子どもと家族の QOL の向上につながる。
- 方法：NICU・GCU 入院児の退院に際し、新生児等退院支援連携票もしくは情報提供シート（看護サマリーなど）等を用いて、地域の保健師へ継続したケア内容などの情報提供を行う。
- 時期：退院時の送付が望ましい。保健師に退院後早期の家庭訪問を依頼する場合は、新生児等退院支援連携票にその旨を明記して退院前に送付したり、電話で事前に連絡するようにする。
- 留意点：送付の際は家族の同意を得る。同意が得られない場合でも虐待のリスクを各医療機関で判断し対応する。なお、個人情報の取り扱いについては、カルテ等と同様に十分留意する。

※ 診療報酬として診療情報提供料（I）が算定できる。ただし、ある一定の要件を満たしている場合に限る（P40 参照）。

(2) 市町村保健師への連絡と調整

- 目的：電話や未熟児等支援ネットワーク連絡会等で入院中から保健師と情報共有し、支援の方針を一緒に検討する。
- 対象者：院内カンファレンスで保健師への連絡が必要と判断された子ども
- 時期：スクリーニング、院内カンファレンス実施後
- 内容：子どもと家族の状況、リスク要因などについて情報共有する。地域の社会資源やサービスなどについて情報収集する。NICU 退院後の早期訪問の必要性、NICU 面会の必要性、他の地域関係者の介入の必要性、退院調整会議の必要性などについて検討する。
- 留意点：連絡の際は家族の同意を得る。同意が得られない場合でも虐待のリスクを各医療機関で判断し対応する。なお、個人情報の取り扱いについては、カルテ等と同様に十分留意する。

新生児等退院支援連携票

市町村長 様

紹介元医療機関名:

住所:

電話: FAX:

ふりがな 児氏名 生年月日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女(第 子) 自宅住所 〒 TEL 母 携 帯 父 携 帯	父氏名 (歳)職業: 母氏名 (歳)職業: 同 胞: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (← 人数や年齢を記載する。) 退院先住所(自宅以外の場合) 〒 TEL: 世帯主: <input type="checkbox"/> 母の実家 <input type="checkbox"/> その他() 滞 在 予 定 期 間:
<母親の状況> 妊 娠 中 の 問 題 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> その他:) 出 産 時 の エ ピ ソード : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 駆け込み出産 <input type="checkbox"/> 施設外出産 <input type="checkbox"/> その他:) 身 体 的 ・ 精 神 的 問 題 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()治療状況()	
<家族の状況> 育 児 援 助 者 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (家庭環境や具体的な育児サポート状況など) 養 育 上 の 問 題 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (例) うつ病、子宮がん、てんかんなど) (例) ひとり親、経済的問題、望まぬ妊娠、同居家族に障がい児・者など	
<出生時の状況> 出 生 場 所 : <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 其他() 在 胎 : 週 日 体 重 : ()g 分 娩 様 式 : <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 帝王切開(<input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 其他) 新 生 児 仮 死 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アプガースコア: 1分 点 / 5分 点)	<主治医による退院時の説明と家族の受け止め> 病状、今後の成長発達、予測される障がいと対応など
<入院中の経過> 入 院 期 間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 診 断 名 : 保 育 器 収 容 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日齢 日まで) 呼 吸 障 害 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (酸素使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (人工呼吸器装着: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ← CPAP 等も含む。 手 術 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 眼 科 的 異 常 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治 療: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) け い れ ん : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治 療: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 特 記 事 項 : ← 必要時、治療内容等を記載する。	家族の受け止め方・言動(説明後の反応など) (気になる言動等があれば、具体的に記載する。)

早産児の場合に記載する。

<p align="center"><退院時の児の状況></p> <p>退院日： 年 月 日</p> <p>体重：()g 身長：()cm</p> <p>修正週数： 週 日(日齢)</p> <hr/> <p>哺乳方法： <input type="checkbox"/>経口哺乳 <input type="checkbox"/>経管栄養</p> <p>哺乳： <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>混合 <input type="checkbox"/>人工乳</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>摂取量：約()ml×()回/日</p> <p>直接母乳量：約()ml/回</p> <p>哺乳補助具使用： <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有()</p> <p>特記事項(指導内容・医師の指示等)</p>	<p align="center"><入院中から退院時の家族の状況></p> <p>児への思い・疾患の受け止め・言動など</p> <p>他、母乳育児についての思いなど</p> <p>併用の場合は両方<input checked="" type="checkbox"/>する。</p> <p>例) ホッツ床シールドなど</p> <p>親の会・育児サークル等の紹介：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p>
<p>排便状況：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p align="center">性状： 回数： 回/日</p> <p>指導内容：()</p> <p>ヘルニア：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(口臍 <input type="checkbox"/>鼠径)</p> <p>特記事項(その他指導内容・医師の指示等)</p> <p>例) 臍圧迫、鼠径ヘルニア還納方法 洗腸の実施頻度など</p> <p>医療的ケア：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>処方：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有()</p> <p>特記事項(在宅医療・指導内容、医師の指示等)</p> <p>在宅医療：洗腸は含めない 指導内容：緊急時の対応、チューブ等の交換 頻度(自宅か外来か)など その他：在宅に向け自費購入した医療機器、 訪問看護、ヘルパーの介入状況など</p>	<p align="center"><地域担当者への依頼事項></p> <p>例) 退院後も継続して観察が必要なこと、 母親への支援で留意すること、養育環境で 引き継ぎが必要な内容など</p> <p>担当保健師への電話連絡：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>今後予定 <input type="checkbox"/>有</p> <p align="center"><公費医療申請・手当></p> <p>公費医療申請：</p> <p><input type="checkbox"/>養育 <input type="checkbox"/>育成 <input type="checkbox"/>小児慢性 <input type="checkbox"/>障害者手帳</p> <p><input type="checkbox"/>療育手帳 <input type="checkbox"/>こども医療費 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>特別児童扶養手当</p> <p><input type="checkbox"/>障害児福祉手当</p> <p>出生連絡票送付：<input type="checkbox"/>済 <input type="checkbox"/>未確認</p> <p>申請中のものも<input checked="" type="checkbox"/>する。</p>
<p align="center"><退院後のフォローアップ体制></p> <p>次回当院の受診予定日： 年 月 日</p> <p>主科：</p> <p>外来担当医：</p> <p><input type="checkbox"/>リハビリ：<input type="checkbox"/>当院 予定日： 年 月 日</p> <p align="center"><input type="checkbox"/>他機関：()</p> <p><input type="checkbox"/>子育て等支援外来：</p> <p align="center"><input type="checkbox"/>当院 予定日： 年 月 日</p> <p align="center"><input type="checkbox"/>他機関()</p> <p><input type="checkbox"/>かかりつけ医：</p> <p><input type="checkbox"/>他の医療機関：</p> <p><input type="checkbox"/>訪問看護：</p> <p><input type="checkbox"/>産後ケア事業：</p> <p>紹介状作成等で医療支援を 依頼した小児科医院など</p>	<p align="center"><入院中の担当者></p> <p>主治医：</p> <p>担当看護師：</p> <p>看護師長：</p> <p>その他：</p> <hr/> <p align="center"><地域関係機関からの電話連絡対応窓口></p> <p>担当者：</p> <p>TEL：</p> <p>退院調整担当者、外来主治医など</p>

※本連絡票を市町村に送ることについては、保護者の了解を得ております。

他の医療機関、訪問看護
ステーションなど

(3) 退院調整会議・退院前カンファレンス

■目的：関係者がそれぞれの情報を共有し、子どもと家族の退院後の生活に向けた希望を確認し、協働で支援の目標や方法を検討する。

■事前準備：

① 会議の目的の明確化と議題の整理（内容は「進め方と内容」参照）

② 参加者の決定

家族（状況により参加するか否かを判断）

病院関係者

<必須> 主治医、受持ち看護師（PNs：プライマリーナース）、退院調整担当者（NICU 入院児支援コーディネーターや MSW）

<状況に応じ> MSW、外来看護師、理学療法士、臨床心理士、関係他科主治医・看護師

地域関係者

<必須> 市町村担当保健師

<状況に応じ> 訪問看護師、相談支援専門員、医療的ケア児コーディネーター、他の行政担当者（児童福祉、保健所、児童相談所等）、他の医療機関担当者、療育施設担当者等

③ 事例の情報整理

病院関係者と地域関係者が共有し、解決する内容を明確にする。スクリーニング票や院内カンファレンスで検討した内容が含まれる。新生児等退院支援連携票に記載される内容が、退院時に地域連携のために必要な情報の主なものである。また、「暮らしのスケジュール表（24 時間・週間）」（P137 参照）等を活用し、家族の課題を明確にする。

④ 日程と開催場所を決める

時期は、退院の目途がたった頃が望ましい。子どもや家族の状況により、複数回開催する場合がある。保健師と相談しながら日程を計画する。

⑤ 必要に応じて家の見取り図や社会資源マップ等を用意する。

■進め方と内容：進め方の一例として、情報共有し具体的な議題や内容の項目を示した。これに沿って進行することにより、カンファレンスを効率的に進めることが可能になる。また、以下退院調整内容の (4) 社会資源、サービス等の調整、(5) NICU 面会、(6) 在宅医療の引き継ぎ等、退院調整会議開催時に同時に実施するとより効率的に退院調整を進めることができる。

① 自己紹介（相互理解を深めネットワークを形成）

② 子どもと家族の退院後の生活へのニーズ・希望の確認

③ 子どもや家族の病状、養育環境、1日のスケジュール（P137 参照）

④ 医療機器や医療的ケアへの対応

⑤ 発達支援やリハビリテーションへの対応

⑥ 緊急時や急変時などの対応

- ⑦ 退院調整事項の妥当性検証と修正、退院までに実施すべき事項などの検討
- ⑧ 各機関の支援の留意点、内容の共有、役割分担（上記検討した事項について、だれが、いつまでに、なにを実施するかを明確にする）
- ⑨ 今後の日程調整（退院前家庭訪問日、小児科転棟日、試験外泊日等）
- ⑩ 退院後 1 か月程度の病院と地域関係者でのフォローの週間予定の確認
- ⑪ 退院後の連絡体制の明確化

■出席者と協議内容の記載：カンファレンス終了後は出席者と協議内容を記録しておく。医療機関においては規定の書式がある場合もある。

※ 診療報酬として退院時共同指導料 2 が算定される。ただし、ある一定の要件を満たしている場合に限る（P40 参照）。

(4) 社会資源、サービス等の調整

■子どもと家族の在宅療養生活を安心かつ安定したものとするため、医療の現物給付や医療費の助成、訪問看護やヘルパーの利用など社会資源の活用を促進する。活用できる社会資源は、家族の意向を確認しながら MSW をはじめチームメンバーで検討する。申請から認定までには数か月かかる場合もあるため、退院時から利用するためには、早期から検討する必要がある。

■社会資源の活用は原則として家族自身による申請が必要であるため、申請書類の作成や手続きなどの手順について家族に助言する。助言にあたっては、家族の身体的、精神的、経済的状态を考慮し、必要な社会資源に関する情報の提供、窓口の紹介、担当者への連絡・調整などを行う必要がある。

なお、家族が社会資源の活用に消極的または抵抗感を抱えている場合には、その理由を明確にし、必要な資源を活用できるよう働きかける。

■社会資源と主な関係機関については本誌 P99 の概要を参考にされたい。

(5) NICU 面会

■目的：退院前に地域関係者（保健師、助産師、訪問看護師など）が子どもと家族に面会し、状況把握、目標の確認、家族との関係づくり等を行う。

■対象：カンファレンスで面会が必要と判断された子ども

具体的には、医療的ケアやリハビリテーション・療育などを必要とする子ども、障がいに伴い育児手技に留意する点がある子ども、母親が退院後の生活に強い不安を訴えている、家族背景にリスク要因がある子どもなど。

■時期：退院の目途がたった頃

(6) 在宅医療の引き継ぎ

■目的：訪問看護師やヘルパーなど医療的ケアの支援を担う地域関係者による個別支援を促進する。在宅に即したケアの検討を行う。

■対象：医療的ケアやリハビリテーション・療育などを必要とする子ども

■時 期：退院の目途がたった頃

■内 容：地域関係者に、NICU で家族やスタッフが実施している育児ケアを確認してもらおう。（例：吸引、カニューレ交換、胃管カテーテル交換、沐浴、移動など）

(7) 退院前家庭訪問

■目 的：自宅の準備状況を把握し必要に応じて環境整備や継続可能なケア方法を家族・医療機関側・地域側の支援者が一緒に考え改善する。

■対 象：高度の医療的ケアを必要とする子どもや、自宅の準備状況の確認や支援が必要な家族に対し実施する。

■訪問者：

病院関係者 看護師、主治医、退院調整担当者（NICU 入院児支援コーディネーターやMSW）等

地域関係者 市町村担当保健師、訪問看護師、医療機器業者、相談支援専門員、ヘルパー等

■内 容：下記のアセスメント項目を用いて行う。

<退院前家庭訪問アセスメント項目>

※ 実際の日常生活場面を想定して細かく確認、検討する。

① 自宅から医療機関までの移動方法・時間	
② 家の形態	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ ）階（エレベーターの有・無）
③ 間取り （図に書く）	<input type="checkbox"/> ベッドの位置 <input type="checkbox"/> 日当たり <input type="checkbox"/> コンセントの位置 <input type="checkbox"/> ベッドの周りのスペースと配置 （呼吸器、酸素濃縮器、アンビュー、ケア物品、ごみ箱） <input type="checkbox"/> 家庭電力（ アンペア）→40A 以上なら OK <input type="checkbox"/> 風呂場までの距離と風呂場のスペース
④ 必要物品の準備	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 経管栄養バック吊るし <input type="checkbox"/> 物品を置く台 <input type="checkbox"/> ベビーバス <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑤ 駐車場から玄関までの移動距離、移動方法 雨の日の移動方法	
⑥ 自家用車について	<input type="checkbox"/> チャイルドシートの設置はできているか <input type="checkbox"/> バギー、呼吸器、吸引器、酸素ボンベ、 SpO2 モニター配置方法の確認 <input type="checkbox"/> 介助者はどこに乗るか、スペースはあるか <input type="checkbox"/> 駐車スペースと移動距離、移動方法
⑦ 同胞について	<input type="checkbox"/> 訪問時の様子、母親との関係性 <input type="checkbox"/> 就寝はどこでだれと寝るか
⑧ 環境	<input type="checkbox"/> 屋内ペットの有無と子どもに与える影響 <input type="checkbox"/> 衛生状態 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※診療報酬として退院前訪問指導料が算定できる。ただし、ある一定条件を満たしている場合に限る。(P40 参照)

(8) 母子同室入院

■目的：在宅療養への前段階として、母親あるいは他の養育者が主体となって育児や医療ケアを行う。医療者が評価し必要時、再指導・指導方法の修正を行う。

■対象：医療ケアを必要とする子ども、育児手技や哺乳状況などに不安がある場合など

■留意点：NICU と小児科病棟の看護師間で情報共有（必要時退院調整会議に参加）は必須で、家族には母子同室の目的や効果、看護体制の違いなどを詳細に説明する。

(9) 試験外泊

■目的：在宅療養への前段階として、試験的に自宅での生活を経験する。家族から問題点やリスクを聴取し、医療者と家族で評価・検討する。

■対象：医療ケアを必要とする子ども

■時期：小児科病棟転棟後、母親と子どもが安定した状態となった頃

■支援：試験外泊中、訪問看護師による支援を受ける事が可能である。



※ 診療報酬として退院前在宅療養指導管理料が算定される。また試験外泊中に訪問看護を提供した場合は、医療機関側は訪問看護指示書を発行し訪問看護指示料が、訪問看護ステーション側は訪問看護療養費（Ⅲ）が算定される。ただし、ある一定の要件を満たしている場合に限る（P39,40 参照）。

(10) 医療材料・医療機器の調整

■目的：自費購入・公費補助・在宅療養指導管理料による給付を精査し、家族の経済的負担を軽減する。また、それらについて家族へ説明することで、不安の軽減を図る。

■対象：在宅医療を必要とする子ども

■方法：必要な物品をリストアップし、自治体で行っている助成制度や給付事業が対象となるか MSW に確認、相談する。在宅療養指導管理料の対象となるか担当課に確認、相談する。自費購入となるものを明確にし、家族へ購入方法を説明する。家族の意向を確認し、医療機器業者へ連絡・調整する。

8) 退院後のモニタリングと退院調整の評価

モニタリングとは、退院支援計画に基づいて調整事項やサービスが適切に提供されているか、目標が達成できているか、新たな生活ニーズは生じていないかなどについて、定期的・継続的に見守り、必要があれば再アセスメントを行うことである。

■時 期：退院3か月後を目安³⁾に行う。

■内 容：家族、地域関係者、かかりつけ医、外来主治医や小児科外来看護師から退院後の子どもと家族の状況について情報収集し、退院調整の目標の達成度を評価する。評価結果をもとに、チームで当該退院調整の問題点を抽出し、課題整理、改善策の検討を行う。

9) 退院後のコーディネーター

保健師は家族全体を支援する役割があるため、必要に応じて関係機関との連携を促進し、地域での支援体制をつくるためのコーディネーターの役割を果たす。また、医療的ケアが必要な子どもに対しては、早いうちから医療的ケア児コーディネーターの介入を依頼する。

引用・参考文献

- 1) 全国訪問看護事業協会, 篠田道子 他. ナースのための退院調整-院内チームと地域連携のシステム作り-. 日本看護協会出版会. 2007, 東京
- 2) 品田陽子. 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). 2013:1601-1608
- 3) 日本看護協会: 小児慢性疾患患者の退院調整に関する指針, 2005.1.31
- 4) 前田浩利, 岡野恵理香. NICUから始まる退院調整&在宅ケアガイドブック. ネオネイタルケア 2013 年秋季増刊, 2013.
- 5) 花木真寿美. 退院支援看護師の立場から, 総合病院における退院支援 NICU/GCU を中心に. 小児看護 35(7), 2012:821-827.
- 6) 澤亜紀子 他. 病棟看護師の立場から, NICU/GCU での退院支援への取り組み. 小児看護 35(7), 2012:828-835.
- 7) 楯田晃子 他. 小児看護専門看護師の活動をとおしてみる新生児ケアにおける協働. 小児看護 35(12), 2013:1563-1571.
- 8) 亀井智泉. 患者・家族を受け入れるチーム医療, 親の立場から. 小児看護 35(12), 2012:1605-1610.
- 9) 川野由子. 早産児・低出生体重児の母親の心理支援, 入院中から退院後を含めて. 小児看護 36(12), 2013:1609-1614.
- 10) 木内昌子. NICUからの退院の実際, 訪問看護との連携. 小児看護 36(12), 2013:1637-1643.
- 11) 工藤淳子 他. NICUにおける退院支援の実際, 保健師との連携. 小児看護 36(12), 2013:1644-1649.
- 12) 佐藤拓代. 低出生体重児保健指導マニュアル～小さく生まれた赤ちゃんの地域支援～. 低出生体重児の訪問指導に関する研究. 2012.
- 13) 乳幼児の在宅医療を支援するサイト～日本小児在宅医療支援研究会～: 在宅支援マニュアル. (<http://www.happy-at-home.org/5.cfm>) 2015.1.6

3. 養育者への継続支援が妊娠期から必要な場合の連携

1) 妊娠期から養育者への継続支援が必要な場合

妊娠・出産・育児の中で、医療機関と市町村保健師の連携が必要とされ、早期に継続支援の必要な家族を把握することにより、速やかな、かつ確実な支援に繋げることが重要である。また、子どもがNICUを退院した後も、地域の中で子どもと家族が健やかに成長発達していけるよう、必要な支援を継続していくことが求められる。

具体的には、保護者の養育を支援することが特に必要な要支援児童や、出産前から支援を行うことが必要な特定妊婦のいる家庭、虐待ハイリスク要因を有する場合も支援の必要な対象に含まれる。そのため、産婦人科や小児科、地域機関関係者と協力し、子どもと家族のために継続した支援を行うようにする。

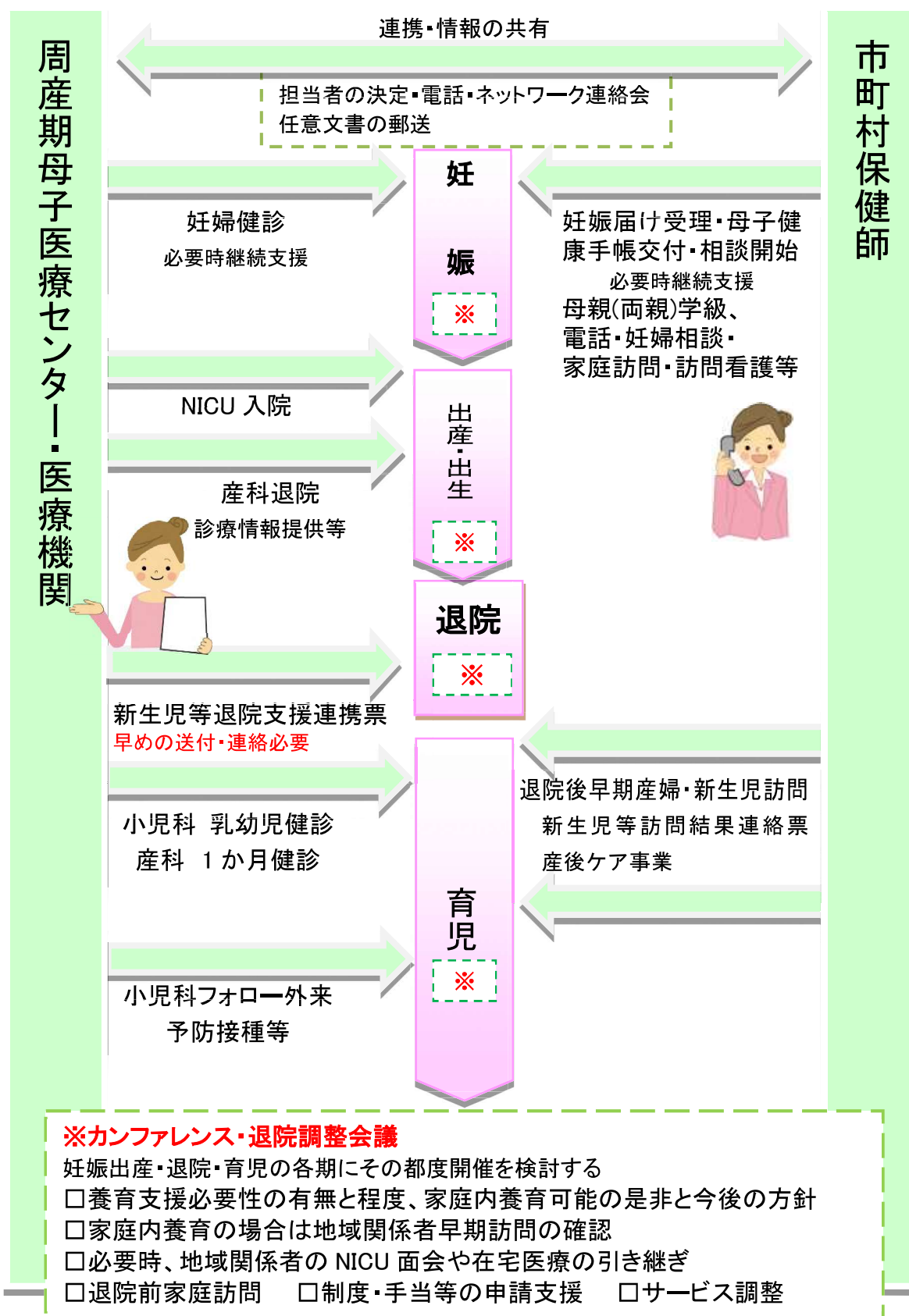
養育支援の必要性を判断するための一定の指標<項目の例示>¹⁾

基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの年齢 ・家族構成 ・関与機関または経路（機関名・担当者・経過） ・乳児家庭全戸訪問事業実施報告（支援の必要性有り・検討のため要調査等）
子どもの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・出生状況（未熟児または低出生体重児など） ・健診受診状況 ・情緒の安定性 ・日常ケア状況・基本的な生活習慣 ・養育者との関係性（分離歴・接触度など） ・健康状態（発育・発達状態の遅れなど） ・問題行動
養育者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・養育者の生育歴 ・妊娠経過・分娩状況 ・うつの傾向等 ・家事能力・養育能力 ・問題認識・問題対処能力 ・養育者の親や親族との関係性 ・養育者の健康状態 ・性格的傾向 ・子どもへの思い・態度 ・相談できる人がいる
養育環境	<ul style="list-style-type: none"> ・夫婦関係 ・居住環境 ・居住地の変更 ・地域社会との関係性 ・家族形態の変化及び関係性 ・経済状況・経済基盤・労働状況 ・利用可能な社会資源
妊娠期からの支援の必要性 <特定妊婦>	<ul style="list-style-type: none"> ・若年 ・妊娠葛藤 ・妊娠後期の妊娠届 ・多胎 ・その他 ・経済的問題 ・母子健康手帳未発行 ・妊婦健康診査未受診等 ・妊婦の心身の不調

2) 支援の流れとアプローチ

支援システムにおける医療機関と地域の連携の流れを以下に示した。子どもと家族へのアプローチは、周産期母子医療センターやその他関係機関と連携しながら、健康診査や家庭訪問、子育て支援サービス等を通じて支援を行っていく。

図3 妊娠期からの継続支援が必要な場合の支援連携



(1) 妊娠期

市町村

① こども家庭センター

■内容：全ての妊産婦、子育て世帯、子どもに対し、母子保健・児童福祉の両機能が一体的に相談支援を行う。妊娠・出産・子育てに関するさまざまな悩みや困りごとの相談に応じ、切れ目のない相談支援を行う。

② 妊娠届と母子健康手帳の交付

■交付：母子健康手帳は、住所地の市町村に妊娠届を提出すると交付される。

■内容：母子健康手帳は、母親と子どもの健康を守るために作られたもので、妊娠から出産、子どもの就学までの健康状態や発育の様子などが継続的に記録できるようになっている。母子健康手帳と一緒に、各市町村の妊娠・出産・育児に係わるサービスの案内が配布される。

母子健康手帳の交付の際には、面接相談や妊娠届出書のアンケート（例；妊娠を知った時の気持ち、不安や心配ごとについて、支援者の有無、喫煙やアルコール摂取について）を行い、継続支援の必要性についてアセスメントを行う。

③ 両親（パパママ）学級・母親学級

■内容：市町村や医療機関では、妊婦などを対象に両親・母親学級を開催し、医師、保健師、助産師などの講話（妊娠・分娩の経過、妊娠中・授乳期の栄養、歯科保健、乳児の保健）をはじめ、両親の沐浴実習を行うなど、妊婦・家族同士の交流を図っている。

④ 電話・妊婦相談・家庭訪問等

■内容：継続支援の必要性をアセスメントし、必要に応じて妊娠期から電話や相談、また家庭訪問等を行い、妊婦の不安やニーズを把握する。出産前後の支援の必要性を視野に入れながら、家庭や支援者の状況を把握するとともに、妊婦やその家族との関係構築に努める。

⑤ 産前・産後サポート事業

■内容：専門職等が、不安や悩みを傾聴し、相談支援を行ったり、地域の親同士の交流を支援する事業。対象時期は、妊娠初期から産後1年頃までで、各市町村で様々な事業がある。

⑥ 産後ケア事業

■内容：産後に、委託医療機関等で宿泊やデイサービス（日帰り）、または自宅で助産師の家庭訪問による心身のケアや育児のサポートを受ける事業。対象時期は、出産後1年未満。宿泊型、デイケア型、訪問型があり、一部自己負担がある。

医療機関

① 妊婦健康診査

■内容：出産までの継続的な妊婦健康診査の受診の目的は、母体や胎児の健康を確保し、健やかな出産を迎えることである。主治医や外来スタッフは、妊娠期

から継続支援の必要性をアセスメントし、MSW、保健師、心理士、訪問看護師（訪問看護が必要な場合）や他科との連携を図る。

- 公費補助：妊婦健康診査受診券が交付され（概ね14回）、受診券に定められた検査項目は、公費で受診することができる。妊娠期から出産翌月まで妊産婦医療費助成を受けることができる。（市町村により異なる）

② 院内・退院前カンファレンス、退院調整会議の開催

- 目的：育児支援必要性の有無と程度、家庭内養育可能の是非と今後の方針を検討するとともに、家庭内養育の場合は地域関係者の早期訪問の確認や役割分担を明確にする。
- 時期：妊娠、出産、退院の各時期に開催を検討し、関連機関の担当者が合同カンファレンスを行う。母親の妊娠後期もしくは子どもが長期入院の際は出産後母親の状態安定後に実施する等、柔軟に開催時期を検討する。
- 内容：子どもに医療的ケアが必要な場合などは、訪問看護師や保健師など地域関係者のNICU面会や在宅医療の引き継ぎを実施する。その際には保健師や連携担当者による退院前家庭訪問も検討する。さらに、家族、主治医、医療機関担当者と保健師は、相談しながら制度・手当等の申請支援やサービス調整を行う。

<参加者>

- 子どもの養育者
- 病院側 ①担当医：産科・小児科医などが妊産婦（母親）や子どもの医学的な状態を説明する。②担当助産師・担当看護師：妊産婦の外来・入院中の状況、心理状態や愛着形成の状況を説明する。MSW：カンファレンスのとりまとめを行う。
- 地域の関係機関：保健師、福祉担当者、要保護児童対策地域協議会担当者、児童相談所、訪問看護師（訪問看護が必要な場合）等

コラム「生活する地域でサービスを受けるために」



①「住所はF県なんですけど、今は新潟県H市の実家にいるんです。お医者さんから母子健康手帳をもらうように言われたんですけど、そちらでもらえますか？」という電話がH市母子担当保健師にありました。そこで、「大丈夫ですよ。ただ、住所地の母子健康手帳とは表紙や一部の内容が異なります。違う内容は、地元の子育てサービス情報などですが、よろしいですか。」と伝えました。

② 問い合わせした妊婦が妊娠届出のためH市役所に来所したので、電話を受けた保健師が面接したところ、「うつ病で内服中。F県にいるパートナーとは籍を入れる予定はなく、協力が得られないため、実家での生活期間は未定である。」ことがわかりました。そこで、出産後も支援が必要であると判断し、自立支援医療による精神科治療の継続とヘルパーの利用などのサービスを実家で受けられるよう住民票の移動を助言しました。

なお、住民票が居住地にない場合、出産した子どもの住所の関係によっては予防接種や乳幼児健診で自費負担が発生することもあり、償還払いで対応する自治体も一部あります。

<ポイント>母子健康手帳の交付や保健師による保健指導等は居住地の市町村でも受けられますが、妊婦健康診査の受診券や障害者総合支援法等による各種サービスの申請利用は、住民票のある市町村になります。

(2) 出産・退院期

子どもや母親が医療機関入院中から市町村保健師等と連携し、継続的なアセスメントや支援を行うことが重要である。医療機関では、家族の心理的変化に寄り添いながら、家族に保健師や訪問看護師（訪問看護が必要な場合）の役割や具体的支援内容を伝えるなど、退院前から子どもと家族が保健師と関係づくりができるよう調整することが望まれる。

医療機関

① 子どもの NICU 入院と新生児等退院支援連携票の提出

■スクリーニング：子どもが NICU 入院となった場合、入院児スクリーニングを行う。

■新生児等退院支援連携票：スクリーニングの結果、ハイリスク児もしくは地域において訪問指導や継続支援が必要と判断された場合、「新生児等退院支援連携票」を医療機関で記載し、市町村に情報提供を行う。

② 母親の産科退院と診療情報提供

母親の入退院を把握した産科においても継続支援が必要と判断する場合は、必要な支援につなげるため、居住する市町村への情報提供を行う。

※診療報酬として診療情報提供料（I）が算定できる。ただし、ある一定の要件を満たしている場合に限る（P40 参照）。

コラム「情報提供の同意について」

他機関への情報提供は同意が必要だが、同意が得られない場合は「個人情報保護法第 16 条第 3 項第 1 号及び第 23 条第 1 項第 1 号に規定する「法令に基づく場合」としての取り扱いとなり、例外的に本人の同意を得ないで情報提供しても法令違反にならない。また、平成 28 年に改正された児童福祉法には「同法第 21 条の 10 の 5 病院・診療所等が要支援児童等と思われるものを把握したときには、当該者の情報を現在地の市町村に提供するように努めなければならない」と規定され、早い段階から市町村支援につなげていくことが期待されている。

<ポイント>平成 28 年の児童福祉法改正により、病院などが要支援児童等*を把握した場合、当該者の現在地の市町村への情報提供が努力義務となりました。

*要支援児童等：特定妊婦（出産後の養育について出産前より支援が特に必要と認められる妊婦）含む

(3) 育児期

市町村

① 退院後早期家庭訪問

- 目的：退院後の養育者の育児状況、養育環境と育児支援者を確認し相談支援等を行う。
- 時期：家庭訪問の時期は子どもがNICUに入院している場合は、母親の状態が落ち着き産科を退院してからの訪問が望ましい。病院との連携のなかで、誰がいつ訪問するのか決定する。
- 内容：継続して関わっていくため、連絡手段の確認や次回の訪問予定を決めておくなどの手段をとる。エジンバラ産後うつ病質問票等を実施し、産後うつ病の早期発見など産婦の支援も行う。
- 新生児等訪問結果連絡票：必要に応じ、市町村で「新生児等訪問結果連絡票」を記載し、医療機関に情報提供を行う。

<訪問時の家庭内の確認項目>

①家の形態	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> 集合住宅
②子どもと主に過ごす部屋の状況	<input type="checkbox"/> ペットの有無 <input type="checkbox"/> 衛生状態 <input type="checkbox"/> エアコンなど室温調節
③洗濯・入浴状況	<input type="checkbox"/> 洗濯や沐浴・入浴の場所と実施可能の確認
④調乳・食事環境	<input type="checkbox"/> 台所の状態（調乳や離乳食の調理実施可能性） <input type="checkbox"/> 家事能力
⑤睡眠環境	<input type="checkbox"/> 子どもの寝室・寝具の状態 <input type="checkbox"/> 就寝時はだれとどこで寝るか確認
⑥支援者の状況	<input type="checkbox"/> パートナーの育休等、家族の協力体制 <input type="checkbox"/> 退院後の支援者の有無とその内容
⑦その他	<input type="checkbox"/> 電気・ガス・水道料金の支払い状況 (使用停止の恐れの有無含)

② 家庭訪問・電話相談

保健師が低出生体重児や疾患を持って出生した乳児のいる家庭を訪問し、育児不安の解消、子育てに関する相談支援等を行う。

③ 乳幼児健康診査

- 3～4 か月・6～7 か月・9～10 か月（市町村によって実施時期が異なる）・1歳6 か月・3歳の時点で各月齢・年齢での子どもの発育、発達状態、母親の心身の健康状態を確認し、相談・支援を行っている。
- 診査結果により、心身の状況に応じて、医療機関での精密検査等での経過観察

や家庭訪問などの保健サービスにつなげる。

④ 育児相談・教室

医師、保健師、栄養士などが講師となり、講話（乳幼児の健康、乳幼児の栄養・調理実習、乳幼児の遊びなど）を行い、参加者同士の交流をはかる。

⑤ 退院後のコーディネーター

保健師は家族全体を支援する役割があるため、必要に応じて関係機関との連携を促進し、地域での支援体制をつくるためのコーディネーターの役割を果たす。

引用文献

1) 養育支援訪問事業ガイドライン。厚生労働省ホームページ,
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate08/03.html>), 2014.9.7.

コラム「産後に支援が必要な場合」

- ① 早産で第一子を出産した産婦。NICUに入院していた児が退院することになりました。そこで保健師は退院前に産婦の体調確認や自宅での育児について不安に思うところはないかなどを確認するために自宅に訪問しました。訪問時産婦の表情は硬く、エジンバラ産後うつ病質問票も高得点でした。産婦は早産で生んでしまったことへの自責の念があり、児が退院することは嬉しいが、子育てしていくことへの不安が大きく、色々やらなければいけないことも分かっているが、身体がついていかないと話しています。
- ② 保健師は養育支援訪問事業の利用を提案し、母親も希望したため、児の退院後に養育支援訪問事業による訪問を開始しました。週に1回の訪問を継続し、産婦からも不安なことや心配なことが聞けて安心する、気持ちも楽になって、自分のペースで育児ができるようになったと話がありました。

<ポイント>養育支援訪問事業とは、養育支援が特に必要であると判断した家庭に対し、保健師・助産師・保育士等がその居宅を訪問し、養育に関する指導、助言等を行うことにより、適切な養育を確保することを目的に実施されている。

- ③ 退院支援看護師は訪問看護について提案し、母親も希望され、主治医に意見書を書いてもらい、訪問看護へ依頼しました。児の発育確認や授乳指導・沐浴支援等のために退院後1週間は毎日、2週目以降週1～3回、訪問看護を継続しました。母親からは育児の方法を教えてもらえて、安心して育児が行えましたとの声が聞かれました。

退院後に利用できる支援

【訪問看護】

主治医が訪問看護が必要と認め、訪問看護指示書が出された場合、医療機関と連携しながら、患者（児）の心身の状態に応じた看護を行う。入退院の相談、在宅ケアサービスの紹介、関係機関との連携などにより本人や家族の希望に沿った在宅生活を叶えるための様々な支援を行う。

<具体的な支援内容>

- ・医療的ケア…家庭で家族が安全にやりやすい方法で行えるように指導
- ・日常生活のケアと支援…児の成長に合わせたケア・遊びの指導や安全配慮した環境整備
発達障害など、支援が必要な児への肯定的声掛けや関わり方の指導
- ・家族への支援…在宅生活が家族の負担になっていないか観察し負担の軽減に努める
家族の希望するライフプランを叶えられるように、今後の見通しなどを一緒に立てる

<料金、時間>

- ・自立支援医療費助成：世帯の所得に応じて設定される
- ・こども医療費助成（市町村によって異なる、新潟市の場合）：250 円/日、30～90 分/回 交通費別途

通常訪問のほかに、自費サービスとなるが、長時間訪問や夜間・早朝のケア、家事・生活サポートなどが行える事業所もある。事業所によって内容や料金が異なるので事前に確認が必要。

【産後ケア事業】

出産後 1 年以内の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制づくりを目的に行っている。登録申請が必要。利用回数上限あり。

産後ケア事業には、①宿泊型②日帰り型③居宅訪問型がある。

<具体的な支援>

- ・母親の身体的ケア及び保健指導、栄養指導…産後の体調についての相談や栄養面の指導、休息が取れているかアセスメントし、指導
- ・母親の心理的ケア…緊張して休めない、思い通りにならない育児などに対する精神面のケア
- ・適切な授乳が実施できるためのケア…授乳のポジショニングや自身で行う乳房のケア、ラッチオン方法、乳腺炎の対応
- ・育児の手技についての具体的な指導及び相談…発達や離乳食の相談
- ・生活の相談…子どもがいる生活が、負担なく回せているか、回していくための家事分担の検討やアドバイス等

新潟市の場合の料金：（各市町村により助成が異なる）

- ・宿泊型 初回無料 2 回目以降 2500 円/日
- ・日帰り型 初回無料 2 回目以降 2000 円/日
- ・訪問型 初回無料 2 回目以降 1000 円/日

【障がいヘルパー】

障がいのある方が住み慣れた地域で自立した日常生活を送れるように支援する。主に自宅を訪問して介護や家事の援助、外出時のサポートなどを行う。

<具体的な支援>

- ・身体介護：食事、入浴、排泄、着替えなどの介助を行う
- ・家事援助：調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取りなどの日常生活に必要な家事をサポート
- ・通院等介助：医療機関への通院や、官公署での公的手続きなどのための外出を支援

<利用方法・料金>

障がいヘルパーのサービスを利用するには市区町村の役所の障害福祉担当窓口で申請手続きを行う必要がある。原則としてサービス費用の1割が利用者負担となる。

【養育支援訪問事業】

育児ストレス、産後うつ病、育児ノイローゼなどの問題によって、子育てに対して不安や孤立感を抱える家庭や、様々な原因で養育支援が必要となっている家庭に対して、子育て経験者による育児・家事の援助又は保健師等による具体的な養育に関する指導助言などを訪問により実施することにより個々の家庭の抱える養育上の諸問題の解決、軽減を図る。

<具体的な支援>

家庭内での育児に関する具体的な援助

- ・産褥期の母子に対する育児支援や簡単な家事などの援助
- ・養育者に対する身体的・精神的不調状態に対する相談・指導
- ・若年の養育者に対する育児相談・指導

<対象者>

養育支援が特に必要と判断された家庭

<利用料金>

無料

<相談窓口>

市区町村の役所やこども家庭センター

【子育て世帯訪問事業】

訪問支援員が家事・子育て等に対して不安・負担をかかえた子育て世帯、妊産婦、ヤングケアラー等がいる家庭の居宅を訪問し、家庭が抱える不安や悩みを傾聴するとともに、家事・子育て等の支援を実施することにより家庭や養育環境を整え虐待リスク等の高まりを未然に防ぐ。

<具体的な支援内容>

- ・家事支援(食事準備、洗濯、掃除、買い物の代行サポート、等)
- ・育児・養育支援（育児のサポート、保育所等の送迎、宿題の見守り、外出時の補助、等）
- ・子育て等に関する不安や悩みの傾聴、相談、助言）
- ・地域の母子保健施策・子育て支援策等に関する情報提供
- ・支援対象者やこどもの状況・養育環境の把握、市町村への報告

<対象者>

次のいずれかに該当するもの

- ① 保護者に監護させることが不相当であると認められる児童の保護者及びそれに該当するおそれのある保護者
- ② 食事、生活環境等について不適切な養育状態にある家庭等、保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童のいる家庭及びそれに該当する恐れのある保護者
- ③ 若年妊婦など、出産後の養育について主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、及びそれに該当するおそれのある妊婦
- ④ その他、事業の目的を鑑みて、市町村が本事業による支援が必要と認めるもの（支援を要するヤングケアラー等を含む）

<費用・時間>

1回あたり2000円程度（1時間程度）が目安であるが、収入によって1ヵ月の負担額に上限があり、世帯によっては無料になることもある。また、自治体による違いもあり、一律ではない。

<相談窓口>

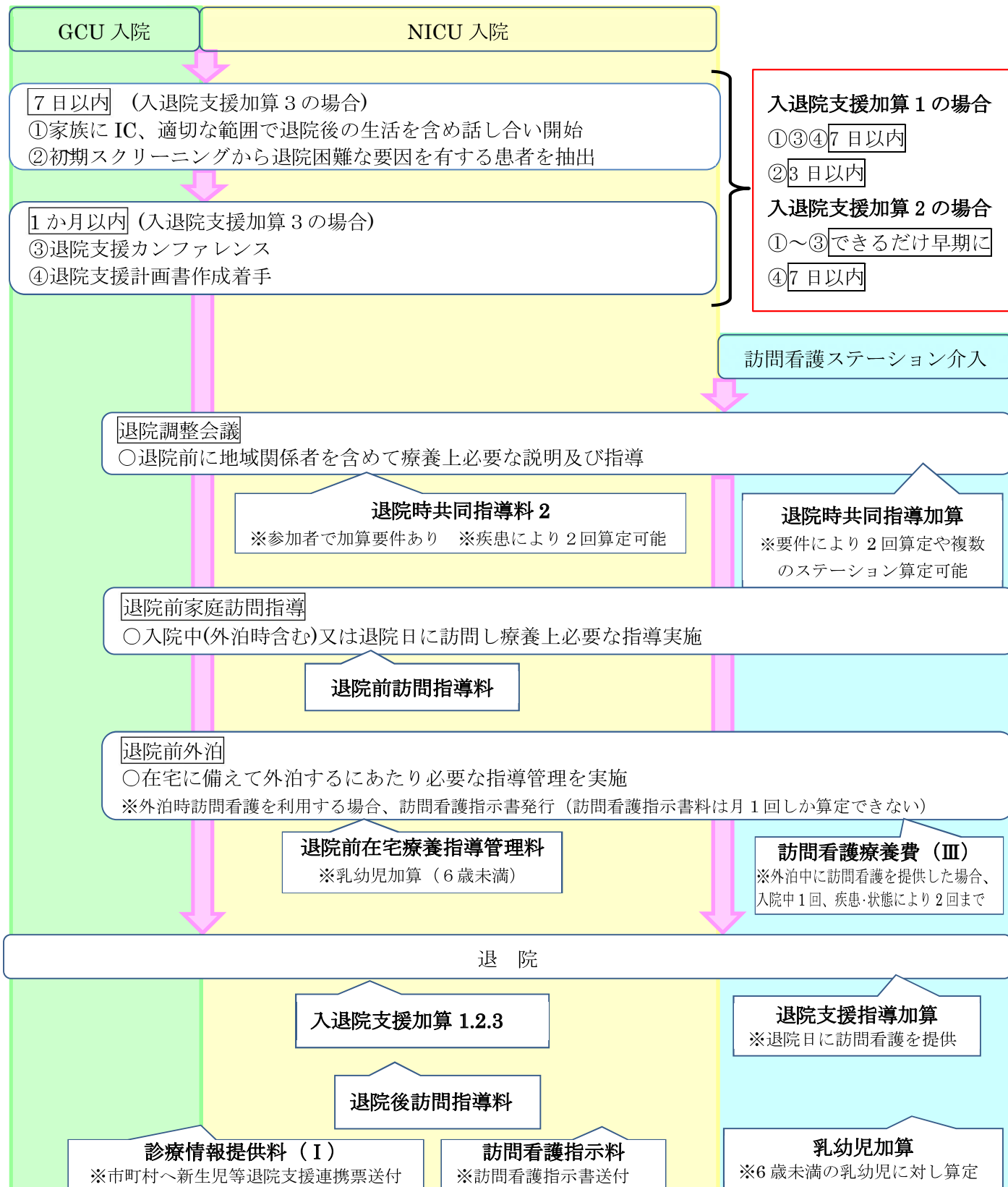
市区町村の役所やこども家庭センター

引用文献

- 1)出典: 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate09/>
- 2)出典: 「動向調査」(こども家庭庁) <https://www.cfa.go.jp/policies/kosodatেশien/jido-homon>

4. 退院調整に関わる診療報酬

図4 退院調整時の診療報酬に関するフロー図



※ 診療報酬算定には、それぞれに算定要件があるため確認が必要
 ※ 診療報酬は2年に1回改定するため確認が必要(本誌は令和6年度版より一部抜粋した)
 参考資料: 福井県看護協会 訪問看護ステーション支援事業「福井県版 退院調整ガイドブック」

退院調整に関わる診療報酬の概要

※ 2024年度版より一部抜粋しており、診療報酬は2年に1回の改定があるため確認が必要

※ 診療報酬はそれぞれに施設基準等の算定要件があるため、関係部署に確認が必要

A246入退院支援加算(退院時1回)		
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である。		
1. 加算1	2. 加算2	3. 加算3
イ一般病棟入院基本料等の場合700点	イ一般病棟入院基本料等の場合190点	1200点
ロ療養病棟入院基本料等の場合1300点	ロ療養病棟入院基本料等の場合635点	
算定要件		
退院困難な要因を有する入院患者で、在宅での療養を希望するものに対して、入退院支援を行った場合。 (※加算1～3において施設基準あり)		
実施要件		
<ul style="list-style-type: none"> ・退院困難な患者の抽出 ・患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合い ・多職種カンファレンスの実施 ・退院支援計画書の作成 (※加算1～3において実施期限が異なるため確認が必要) 		
退院困難な要因		退院困難な要因
<ul style="list-style-type: none"> 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 イ 緊急入院 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 エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する オ 強度行動障害状態 カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑い キ 生活困窮者 ク 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 ケ 排泄に介助を要する コ 必要な養育または介護を十分に提供できる状況にない サ 退院後に医療処置が必要 シ 入退院を繰り返している ス 長期的な低栄養が見込まれる セ 家族に対する介助や介護などを日常的に行っている児童など ソ 児童などの家族から、介助や介護などを日常的に受けている タ 患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合 		<ul style="list-style-type: none"> ア 先天奇形 イ 染色体異常 ウ 出生体重1500g未満 エ 新生児仮死(Ⅱ度以上) オ その他、生命に関わる重篤な状態
B005 退院時共同指導料2 400点		
注2: 入院中及び退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合 300点加算		
注3: 退院後の在宅療養を担う3者以上と共同して指導を行った場合 2,000点加算		
入院中の保険医療機関の保険医(主治医)又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士、又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし疾患によっては2回に限り算定できる。		
B007 退院前訪問指導料 580点		
継続して1か月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中(外泊時含む)又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら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		
B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点		
退院後の療養支援を担う関係機関に対して、患者の同意を得て、文書を添えて情報提供した場合		
C100 退院前在宅療養指導管理料 120点 注2: 乳幼児加算(6歳未満): 200点		
入院中の患者が在宅療養に備えて入院中一時的に外泊するに当たり当該在宅療養に関する指導管理を行った場合		
C007 訪問看護指示料 300点 注2: 特別訪問看護指示加算: 100点		
在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のため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		
注2は患者の主治医が診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認め、患者の同意を得て指示書を交付した場合		
B007 退院後訪問指導料 580点 注2: 訪問看護同行加算: 20点		
退院した患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から1月を限度として5回まで算定できる。		

6. NICU/GCU における小児在宅移行支援パス

周産期医療に携わる看護職が計画的かつ意図的に、子どもがNICUやGCUを退院したあとの在宅生活をイメージしながら退院支援を実施するためのもの。平成28年に日本看護協会が作成し、平成29年度よりこのツールを活用できる指導者研修を開始。

NICU入院から退院後までの時期を5つの段階に分け、その時期に必要な支援や連携を職種毎に分けて明示している。それぞれの施設の施設の人材やシステムに合わせた活用が求められる。



NICU/GCU における小児在宅移行支援パス					
	見とその家族の危機に対する支援期	在宅支援に向けた方針決定期	児の受容支援 (促進) 期	在宅に向けた具体的準備期	在宅不安定期 (退院後1か月程度)
児の病態・治療	<input type="checkbox"/> 急性性期 <input type="checkbox"/> 子どもの病状や不安、親子関係構築に向けた支援 (リハビリテーション検討) <input type="checkbox"/> 子どもの病状、予後等の受容・希望 <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"/> 急性性期～回復期 <input type="checkbox"/> 子どもの病状、予後等の受容・希望 <input type="checkbox"/> 母親の乳房際断による不安、戸惑い	<input type="checkbox"/> 安定期 (リハビリテーション依頼) <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、混乱	<input type="checkbox"/> 安定期 <input type="checkbox"/> 在宅に必要な医療的ケアの特技習得 <input type="checkbox"/> 必要時、住居の改善 <input type="checkbox"/> 必要な社会資源活用のために申請手続 <input type="checkbox"/> 小児科病種、外来看護師との顔合わせ	<input type="checkbox"/> 在宅での環境変化に心身の変化がある <input type="checkbox"/> 子どもへ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・看護職・MSW・臨床心理士・保健師等	医師・看護職・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・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署)	PT・OT・PIN
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"/> 養育者の在宅意思確認 <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"/> 必要な支援の明確化、それに伴う医療材料・機器の調整 <input type="checkbox"/> 在宅の環境整備 <input type="checkbox"/> 病院看護職が在宅を訪問し、子どもの健康状態を確認する <input type="checkbox"/> 同じ様な状態にある家族等によるサポート <input type="checkbox"/> 医療用具業者と家族、訪問看護師との打合せ <input type="checkbox"/> 関係係部署 (小児科病種、外来看護師)、保健師との連絡・調整	<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 ST の指示書作成 <input type="checkbox"/> 消防署への連絡 <input type="checkbox"/> 訪問看護 ST の看護師、市町村保健師の連携・協働 (IPW 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"/> 在宅に向けた住まいの環境整備 (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
退院支援	<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"/> 養育者の在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 在宅において、医師・看護師・訪問看護師・保健師等の関係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"/> 医療用具業者と家族、訪問看護師との打合せ <input type="checkbox"/> 医療用具等について調整 <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"/> 養育者の在宅意思確認 <input type="checkbox"/> 在宅において、医師・看護師・訪問看護師・保健師等の関係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"/> 医療用具業者と家族、訪問看護師との打合せ <input type="checkbox"/> 医療用具等について調整 <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"/> 臨床心理士との面談 <input type="checkbox"/> 在宅に向けた住まいの準備状況の確認 <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
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、受容形成支援 <input type="checkbox"/> 家族の情報収集 (キーパーソンとの確認) <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 <input type="checkbox"/> および家族の特技獲得に向けた具体化	<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"/> 病院看護職による訪問 <input type="checkbox"/> ケアの確認 <input type="checkbox"/> 承認と同意 <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
小児科病種/外来看護師	<input type="checkbox"/> 子どもの治療 <input type="checkbox"/> 母乳分泌支援 <input type="checkbox"/> NICU 環境に関する支援	<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"/> 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"/> 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"/> 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)
医師		<input type="checkbox"/> 退院支援 CF の参加	<input type="checkbox"/> 退院支援 CF の参加	<input type="checkbox"/> ケア会議 <input type="checkbox"/> ケア会議 <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 <input type="checkbox"/> 急変時対応への支援・調整
訪問看護師		<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"/> 退院支援 CF 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"/> 必要時、活用できる資源に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 訪問看護のアセスメント
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"/> 退院支援 CF 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"/> 必要時、活用できる資源に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 訪問看護のアセスメント

平成28年度地域母子保健に関するワーキンググループ作成 (公益社団法人日本看護協会)
 井本寛子・小児在宅移行支援指導者育成プログラムについて、看護・2019年3月臨時増刊号・24-25

コラム「防災・災害時の避難について」

日本看護協会が作成した小児在宅移行支援パス¹⁾において、防災対応は訪問看護師となっているが、一任するのではなく、NICUスタッフが退院前から家族に災害への備えを伝えていくことは重要な点である。災害はいつ起こるかわからず、子どもの退院直後にも起こるかもしれないため、NICU退院前から家族の災害への備えを促すと共に地域の支援者とのシームレスな連携が必要である。

1. NICUを退院する前に家族へ伝えること

NICUを退院する子どもは、様々な要因から免疫能をはじめとする身体機能が未熟であり、加えてそれまで感染対策が徹底された空間から出ることになる為、防災においても感染対策は重要である。子どもがNICUを退院する際には、家族に感染対策を踏まえた防災の指導を行う必要がある。

- ① 防災情報を取得できるアプリ等をスマートフォンにインストールしておく
- ② 住んでいる地域のハザードマップ、避難所、避難経路を確認しておく
※ 避難先は必ずしも避難所とは限らない。感染対策として友人宅や実家等も考慮する。
- ③ 家族同士の連絡を取りあう方法を決めておく
- ④ 子どもに必要な物品を持ち出せるように準備しておく
(緊急時の受診・連絡方法、治療用ミルクの調達方法などを話し合っておく)
- ⑤ 家族に必要な物品・食糧等を持ち出せるように準備しておく

2. 医療的ケアを必要とする児が退院する場合(上記1.に加えて)

1) 退院までに確認しておくこと

- ① 電源の確保(電源が確保できない際の手動方法 換気・吸引・栄養の注入方法について確認する) ※QRコード参照²⁾
- ② 衛生材料・水・栄養の備蓄、保温・冷却方法、移動方法を確認する
- ③ 緊急時の安否確認者を決めておく
- ④ 医療機器メーカー、電力会社、訪問看護師との連絡方法を確認しておく

2) 退院後に調整・確認すること

- ① 各市町村の担当者による個別避難計画の策定・避難シミュレーションの実施(年1回)
- ② 避難行動要支援者名簿への登録(家族の同意) → 避難時の協力者(町内会・消防署等)へ提供
- ③ 緊急時の避難先(指定避難所、個別避難計画に基づく病院)の確認
※個別避難計画の策定対象者・策定者は市町村によって異なるため、各市町村へ確認する。

医療機器が必要な
子どものための
災害対策マニュアル



避難シミュレーションの実施について

- 関係する支援者全員の参加が望ましい
- 家族が計画通りに実施できるよう、支援者と共に事前に打ち合わせの上実施する
- 安全を最優先に、主治医の実施許可を得て、子どもの体調に注意しながら行う
- 実施後は関係者で避難上の課題を検討し、計画の改善につなげる

<参考文献>

1. 日本看護協会. (2019). 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.
URL : https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/2019/pdf/nicu_gcu_program.pdf
2. 国立研究開発法人国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター 在宅医療支援室. (2023).
医療機器が必要な子どものための災害対策マニュアル～電源確保を中心に～.
URL : https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/cooperation/shinsai_manual.pdf

IV. 療育（発達支援）・リハビリテーション

1. 療育（発達支援）とは

「療育」という言葉は1940年代に当時東京大学教授の高木憲次先生が定義し、元々は肢体不自由児のリハビリテーションという意味で用いられた。その後障害を持つ児を取り巻く環境や考え方にも様々な変化があり、1990年に北九州市立総合療育センターの初代所長である高松鶴吉先生により子育て、生活レベルに落とし込んだ定義が提唱された。2005年に厚生労働省より、障がいが確定した子どもたちへの支援に限定されている印象が強い「療育」からさらに対象を広げて障がい確定していない子どもたちの育児支援を中心とした支援も含んだものとして「発達支援」が提案された。現在では特性に合った支援計画を実施し、医療・教育・リハビリテーション・心理的アプローチを含んだ総合的な働きかけを行うことにより、発達と自立および社会参加をサポートしていく取り組みと位置付けられている。

2. 子どもと家族の「生活」を支える療育（発達支援）・リハビリテーション

療法士（理学療法士/PT・作業療法士/OT・言語聴覚士/ST）の役割は、単に子どもの発達を促すことにとどまらない。家族が地域で安心して生活し育児を楽しめるよう、生活全体をサポートすることにある。医療の専門性を軸としながらも、福祉や教育の視点を柔軟に取り入れ、子どもの成長を家族の安心と喜びにつなげる役割を担っている。

1) 家族との協働：リハビリテーションを生活の中へ

子どもの発達支援において重要なのは、リハビリテーションの時間だけでなく、家族が日常的に行う関わりである。

■家族のニーズと価値観の尊重

目標設定は専門職の視点のみで行わず、家族が目指す生活に寄り添って設定する。

（例：「歩くこと」そのものを目的とするのではなく、「兄弟と公園で遊ぶ」といった具体的な生活場面を目標とする）

■生活動作をリハビリテーションに

日々の着替え、抱っこ、おむつ替えといった生活動作が、リハビリテーションとなる。特別なリハビリテーションの時間を作るのではなく、毎日の育児の中で、自然に発達を促すコツを家族と共に検討する。例えば、「おむつ替え時の足の動かし方」や「抱っこでの姿勢の保ち方」など、親子が触れ合う日常のひとときを、成長を支える機会へと変えていく。

■家族のエンパワメント

子どもの日々の小さな変化を「着実な成長の証」として肯定的に捉え、言語化し、家族が育児に対して自信（エンパワメント）を高められるよう支援を行う。

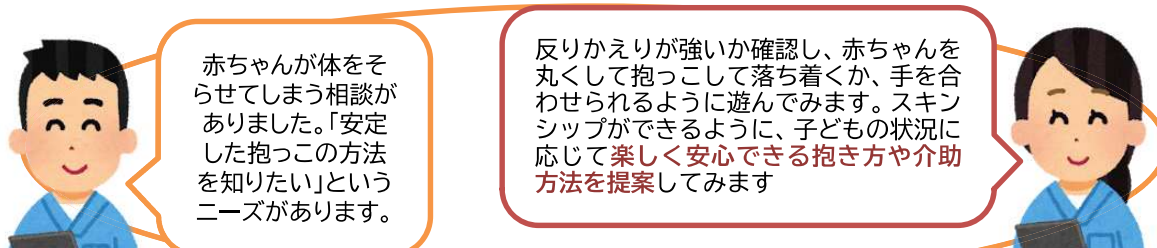
2) 暮らしを支えるチームの一員として

退院後は、訪問看護師、歯科衛生士、薬剤師、介護スタッフ、保健師、相談支援専門員といった多職種がそれぞれの専門性を持ち寄り、家族の生活を多角的に支えていく。療法士もそのチームの一員として、目の前の困りごとと一緒に向き合い、知恵を出し合いながら、試行錯誤を共にする。そうした関わりを通じて、家族が自分たちらしい生活を築いていけるよう支える役割を担う。

■専門性を共有し、共に動く

リハビリテーションを単独のプログラムとして完結させるのではなく、生活場面で直面する「抱っこのしづらさ」や「食事の姿勢の工夫」といった課題をチームで情報共有する。家族と専門職が知恵を出し合い、それぞれの専門領域で役割を調整し、連携することで、「子どもの発達を最大限に促す関わり」と「家族が無理なく継続できるケア」が両立する多角的な支援を目指す。

訪問看護とリハビリテーション療法士の連携実践例



訪問看護師: 赤ちゃんが体をそらせてしまう相談がありました。「安定した抱っこの方法を知りたい」というニーズがあります。

療法士: 反りかえりが強いか確認し、赤ちゃんを丸くして抱っこして落ち着くか、手を合わせられるように遊んでみます。スキップができるように、子どもの状況に応じて楽しく安心できる抱き方や介助方法を提案してみます

連携の効果：家族の身体への負担が減り、無理なくケアを続けられる「家族が目指す生活」と育児の自信を支えるエンパワメント

一般社団法人全国訪問看護事業協会：看護職員と理学療法士等 のより良連携のための手引き。
平成 29 年. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h29-nspt-guide.pdf> (2025. 12. 23)



■家族の生活スタイルや価値観に即した環境調整

環境調整の専門家として、子どもの可能性を引き出し、家族の負担を軽減するための福祉用具の選定や住宅改修をサポートする。その際、療法士の視点だけで判断するのではなく、日々の子どもの様子を知る多職種の意見を聞き取り、生活の実態に即した提案を行う。また、子どもの成長や心身の状態の変化、家族のライフステージに応じて、適切な時期に必要な見直しを行う。

3. 療育（発達支援）・リハビリテーションの対象者と目的

1) 対象者

対象は、発達の遅れや、将来的に障がいが生じる可能性のあるすべての子ども、およびその家族である。支援は、乳幼児期から始まり、学童期、さらには成人期・老年期に至るまで、その時々ライフステージに合わせて継続的に行われる。子どもの成長と家族の歩みに長く寄り添い、その時々暮らしに最適なサポートを提供する。

2) 対象となる主な疾患・状態

超低出生体重児、重症仮死、脳室内出血、脳室周囲白質軟化症（PVL）、染色体異常、先天性疾患など、発達のリスクや運動・認知・言語の課題が予測されるすべての子どもが対象となり得る。療育施設では、医師の診察に基づき、一人ひとりの特性に合わせたリハビリテーションを提供する。

■対象となる様々な疾患

脳や神経の問題：脳性麻痺、頭部外傷、脳炎後遺症など

骨や関節の問題：二分脊椎、ペルテス病、骨形成不全症、骨折など

発達障害：自閉症スペクトラム障害、注意欠如、多動性障害、学習障害、
発達性強調運動障害 など

遺伝的な問題：筋ジストロフィー症 脊髄性筋萎縮症など

心臓や肺の問題：新生児慢性肺疾患、呼吸切迫症候群、先天性心疾患、呼吸障害など

その他：早産・低出産体重、重症心身障害、先天異常、染色体異常、
臓器移植後、スポーツ障害、中途障害など

3) 介入の目的

早期からの関わりにより、運動・認知・言語・社会性の発達を促し、二次的な障害の予防や軽減を目指す。最大の目的は、子どもの能力が最大限に発揮され、家族が自分たちらしい生活を送れるよう、心身の両面から支えていくことにある。

■発達の促進

運動・認知・言語・社会性の発達を、子どもの成長段階に合わせた適切な時期にサポートする。

■二次的障害の予防

関節の変形や拘縮、呼吸器合併症などを最小限に抑えるとともに、子どもが自身の身体を動かす喜びや、周囲と関わる意欲を損なわないよう配慮する。

■早期発見と適切な支援

成長の過程で現れる課題を早期に見つけ、教育や福祉などの適切な社会資源へとつなげる。

■家族のQOL（生活の質）向上

日々のケアや育児の悩みに専門的な視点から応え、家族が安心して暮らせる環境を整える。

4. 療育（発達支援）・リハビリテーションにおける家族支援

1) 療育の専門的なアドバイス：自信を持って向き合うために

「この抱き方でいいの?」「どうやって遊べば発達にいいの?」といった育児の疑問や不安に対し、その子に合った抱き方や遊び方、関わり方など具体的な工夫を提案する。生活の中での小さな疑問や不安に寄り添い、共に解決策を見出していくことで、家族が自信を持って育児に向き合えるよう支えていく。

2) 発達の「見える化」：小さな成長を喜びの力に

定期的な評価を通じ、「できるようになったこと」や「芽生えつつある変化」を専門的な視点で確認し、家族と共有する。子どもの成長は、時にゆっくりで目に見えにくいこともあるが、その一つひとつの確かな一歩を見逃さず、共に喜びを分かち合うことが、家族の希望につながる。

3) 心理的な支え：豊かな親子関係を育むために

リハビリテーションを通じて、子どものわずかなサインや反応を読み解くヒントを共有し、子どもとのコミュニケーションの形を見つける手助けをする。こうした対話のコツを見つけていくプロセスは、退院後の不安の中で揺らぎがちな子どもとの向き合い方を再構築し、良好な親子関係を築いていくための大切な基盤となる。

4) 安心できる地域のサポートづくり：孤立を防ぐつなぎ役として

専門的な評価に基づき、生活上の課題を整理した上で、必要な福祉サービスや地域の関係機関へ情報を共有する。また、同じような状況にある家族との交流の場を提供し、悩みや不安を分かち合える環境を整えることは、家族の精神的負担を和らげる一助となる。地域全体で子育てを支える基盤を作り、家族が孤立しないよう橋渡しを行う。

5. 病院から地域へ：療育（発達支援）の流れ

退院後のリハビリテーション・療育において重要なのは、入院中から地域支援へと切れ目なく移行することである。特にNICUを退院した直後は、子どもの体調を最優先に考慮するとともに、家族の育児負担や心理的緊張を和らげるため、まずは自宅で安心して受けられる訪問型サービスの導入を積極的に検討する。

1) NICU入院中：退院を見据えた準備

■NICUでの支援

発達評価やポジショニング、哺乳支援に加え、家族が自宅で安心して関わられるよう、具体的な療育支援・指導を早期から開始する。

■院内連携とポイント

小児科・リハビリテーション科の医師や療法士がチームで介入し、日常生活用具の選定など、自宅での暮らしを具体的にイメージした準備を整える。

2) 退院直後：自宅での生活基盤づくり

■在宅での支援【訪問リハビリテーション・居宅訪問型児童発達支援】

療法士が直接自宅を訪問し、外出が困難な子どもと家族に発達支援を提供する。実際の生活環境を確認しながら、福祉用具の調整や、家族の生活スタイルに合わせた環境調整を共に行う。

■連携先とポイント

退院前から地域の医療的ケア児等コーディネーターや相談支援専門員と連携し、サービス事業所を選定する。退院後の支援開始日をあらかじめ調整しておくことで、家族の不安を軽減し、新しい生活への適応をサポートする。

3) 生活の安定期：専門機関との繋がり和社会参加

■専門機関での支援【外来リハビリテーション・児童発達支援/放課後等デイサービス】

体調が安定し外出がスムーズになった段階で、療育専門の医療機関での外来リハビリテーションや、通所施設での集団・個別療育へと移行する。

■情報収集と選択のポイント

地域の療育機関や福祉事業所について、相談員や自治体窓口を通じて情報を集め、子どもの発達段階と家族の状況に応じて最適な支援を選択していく。なお、療育専門の医療機関の利用にあたっては、医師による紹介や診断が必要となるため、早期の相談が推奨される。

<参考資料>

新潟県理学療法士会 障がい児・者支援委員会「新潟県小児理学療法マップ」

<https://nipta.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/02/2020-syouni.pdf>

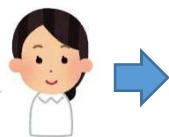
新潟県内の小児理学療法の実施状況に関する情報が閲覧可能。
実施している施設を施設種別と地域ごとに分けて掲載。



V. 退院調整の実際

- 事例1** 一時的に医療的ケア（経管栄養）が必要な児と、
「小さいきょうだいもいて、育児負担が大きい」と話す家族への支援。

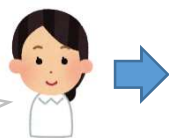
幼少のきょうだい児もいる中で
どのように支援していくのでしょうか



⇒ P55 「事例1」へ
産後ケア事業や保育所（保育園）等
地域サービスを全て情報提供し、
訪問看護、保健師、病院と連携して
いきます

- 事例2** 人工呼吸器、胃ろうによる栄養管理、リハビリテーション等が必要な児と、
「不安はあるが一緒に暮らしたい、生活をイメージできない」と話す家族への支援。

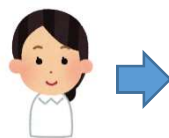
在宅療養に向けて親の意思決定後、
いつ、だれが、どのように調整を
進めてチームを作っていくのでしょうか



⇒ P63 「事例2」へ
退院前から保健師、訪問看護師、相談
支援専門員、リハビリテーションと
のチーム形成を行い、成長に応じて
短期入所や児童発達支援にもつなげ
ていきます

- 事例3** 退院後も哺乳や発達の継続した支援が必要な児と、
「みんなどうやって育児しているの？」と話す家族への支援。

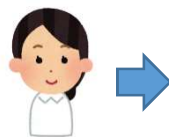
NICU と保健師の早期連携と
タイムリーな介入はどのように
すればよいのでしょうか



⇒ P79 「事例3」へ
未熟児等支援ネットワーク連絡会や
養育医療申請時等から保健師が介入
し産婦訪問や、退院後の療育施設、
ピアサポートをタイムリーに導入
しました

- 事例4** 母親の妊娠中、出産後も継続した支援が必要（特定妊婦）で、
祖父母サポートを受けつつ、自宅での子育てに揺れる家族への支援。

妊娠中から育児期をどのように
チームで支援していくのでしょうか



⇒ P87 「事例4」へ
妊娠早期より MSW と保健師の連携が
あり、母親退院直後よりサービス開
始し、状況に応じ保育所（保育園）
入園を検討しました

※支援の一例をお示ししております。各地域の特性を踏まえ、自施設での支援の参考としてご活用ください。NICU コーディネーターにつきましては、各病院の退院支援看護師、退院支援部門の看護師、MSW など各施設で担当する方が異なると思われませんが、自施設での担当者に置き換えて読み取りください。

【事例1】 医療的ケア（経管栄養）が必要な場合

支援のポイント

- ・長期ではないが在宅において医療的ケアが必要である、と判断された時点で在宅移行の準備を始めたことにより早期退院調整につながった。
- ・地域サービスを利用し、姉の育児支援体制を整えることで、母親への育児指導が円滑に行えた。
- ・公費補助がでない物について経費負担を軽減できるようMSWと相談したことが退院への意思決定の後押しとなった。

入院経過

月齢1か月 男児（生後1か月）
父親（30歳代前半、会社員）
母親（30歳代前半、専業主婦）
姉（3歳）の核家族
母親の実家は県外、
父親の実家は自宅
近くにあり、祖父母
とも仕事をしている。



A 開業医で妊婦健診を受け、骨盤位にて予定帝王切開となり在胎37週に2,000g 台で出生した。生後2日目哺乳不良と無呼吸発作のためB病院NICUに新生児搬送された。生後5日目症状改善みられず、精密検査のためC病院に搬送され、食道造影検査と内視鏡検査の結果、**食道狭窄**と診断された。生後5～6か月の手術後完治するまで**経口哺乳の練習をしながら経管栄養、吸引など医療的ケアが必要**となった。

生後7日目、必要な医療的ケアを家族が習得する目的でB病院に戻り搬送された。母親は**姉の育児**と医療的ケアの手技習得の両立に対する不安の表出があり、育児指導を進めながら訪問看護など支援体制の調整を行った。

退院スクリーニング

<初期スクリーニング：生後7日目（検査結果より診断確定時）に実施>

食道狭窄による嚥下障害（先天奇形にチェック）、経管栄養、吸引など医療的ケアが必要（医療処置が必要にチェック）、家族構成（核家族、きょうだいがいるにチェック）から退院調整が必要と判断され要退院支援となった。核家族であり、3歳の姉がいる。

<再スクリーニング：生後10日目（母親の退院時）に実施>

児の状況（哺乳状況・体重増加に観察が必要、医療処置が必要にチェック）、両親の育児状況（言葉で不安を表出にチェック）、退院後の養育環境（育児協力者はいるが不足にチェック）から要退院調整と判断された。

<医療機関で把握している問題点>

- ・食道狭窄による嚥下障害があった。
- ・手術後完治するまで**経管栄養、吸引**が必要となった。
- ・家族の医療的ケア習得が必要となった。
- ・退院後の母親の**育児サポートの不足**が心配だった。

<退院に向けての主治医からの説明>

精密検査の結果、食道狭窄があり哺乳困難ということがわかった。生後5～6か月くらいになったらD病院で食道狭窄の手術をし、経口哺乳できるよう**リハビリテーション**していく。それまでは吸啜の練習もしながら経管栄養と吸引が必要。なため両親が手技を覚えなければいけない。両親が経管栄養と吸引ができるようになったら退院してよい。

<家族の希望や受け止め>

- ・両親とも子どもの疾患をよく理解し、受け入れはできていた。
- ・母親は経管栄養や吸引の手技を積極的に習得しようという意欲はみられたが、「怖いですね。」と**不安**をもらしていた。
- ・また、母親は姉の育児があり**面会の日時が限**られているため、「手技習得に時間がかかるのでは？」と心配していた。
- ・**育児協力者が少ない**ことから訪問看護を希望していた。

<退院調整のアセスメント視点や大切な内容>

- 1.在宅移行のための医療的アセスメント
 - ① 家族の**医療的ケアの習得**が必要
 - ② 医療的ケア児の在宅療養のために**訪問看護が必要**
 - ③ 器材購入のための**手当の申請**の検討が必要
 - ④ **緊急対応の方法**の検討が必要
- 2.家族に対するアセスメント
 - ① 病状や在宅ケアの認識の把握
 - ② **母親を支援する体制**が必要
 - ③ **姉の育児**と併用するための訪問看護が必要
- 3.地域連携のための調整事項
 - ① 退院スクリーニングシートのチェック項目について早期に地域へ連絡
 - ② 退院調整会議が必要
 - ③ 地域の保健師と連携し社会資源を活用する

<意思決定のための支援>

<1回目> 検査結果説明時（両親、主治医、受持ち看護師（以下 PNs）、NICU 入院児支援コーディネーター（以下 NICU コーディネーター））

- ・ 両親の経管栄養、吸引に対する不安を傾聴した。
- ・ 姉の育児に対する不安を確認したため、地域で相談対応してくれる保健師の役割を説明し、相談することを提案した。

→母親の承諾を得て、**NICU コーディネーターより保健師へ情報提供**する

<2回目> 母親の退院時（母親、PNs、NICU コーディネーター、保健師）

- ・ 育児習得のため面会回数を増やすことを提案した。
- ・ **姉の一時保育について保健師に相談**した。

→姉の一時保育や産後ケア事業等、今後の**地域の社会資源の活用**について保健師より情報提供した

<3回目> 院内カンファレンス後（母親、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW とする）、PNs）

- ・ **吸引器のレンタル、在宅小児経管栄養法管理指導料**について説明した。
- ・ 手術に関しては育成医療が適応になること、訪問看護は**子ども医療費助成事業の適応**になることを説明し（P63 参照）、訪問看護の交通費や吸引器の費用は自費負担になるため、医療費控除の説明も行った。

→**自己負担が思ったより少ない**ことを知り、母親は安心した。

- ・ 母子同室に間に合うように吸引器の搬入を業者に発注した。

<退院支援計画の主な内容>

- ・ 食道狭窄による嚥下困難がある
→経管栄養、吸引等医療的ケア指導
- ・ 食道狭窄の手術により完治の可能性があり各種手当不適応
→自費での吸引器の購入、地域サービスの介入の検討
- ・ 養育協力者が少ない
→育児支援体制の整備
→保健師・訪問看護等への連携
- ・ 育児練習のための母子同室
- ・ 退院後の緊急時の対応を含めた育児サポートの検討

きょうだいの保育所（保育園）利用を検討する場合

子どもが入院中もしくは自宅で療養が必要なケースに対し、家族が指定の様式（「介護・看護申立書」等）を市町村に提出することにより、きょうだいの保育所（保育園）入園申込が可能な場合もあります。市町村ごとに書式などが異なるため、事前の確認が必要です。



退院支援計画書

ID

年 1 月 1 日(入院日)

患者氏名: ○○ 殿

年 1 月 1 日(計画日)

生年月日: 性別: 男

年 1 月 14日(変更日)

病名	低出生体重児、食道狭窄症		
養育を担う人	両親		
退院支援を行う者の氏名	主治医	○○	
	看護師長	○○	
	担当看護師	○○	
	退院調整担当者	MSW ○○ NICU入院児支援コーディネーター ○○	
退院に向けて支援が必要な状況	医療の面	<input checked="" type="checkbox"/> 医療処置が必要() <input checked="" type="checkbox"/> 継続して療育・リハビリが必要 (哺乳リハビリ) <input checked="" type="checkbox"/> 哺乳状況や体重増加の観察が必要 <input type="checkbox"/> その他()	
	養育の面	<input checked="" type="checkbox"/> 育児について <input checked="" type="checkbox"/> 養育について <input checked="" type="checkbox"/> 養育協力者について <input type="checkbox"/> 経済面について <input checked="" type="checkbox"/> その他(同胞の育児について)	
退院に向けた目標	<<目標>> 退院後の生活に必要な指導および地域関係機関と連携して地域支援・サービス等の調整を行います。		
支援期間	<<支援期間>> 入院日 年 月 日 ~ 退院日まで		
支援内容	<<支援内容>> <input checked="" type="checkbox"/> 育児の指導 <input checked="" type="checkbox"/> 養育支援体制の調整 <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置の指導 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療に伴う機器・物品の調整 <input checked="" type="checkbox"/> 保健師との連携 <input checked="" type="checkbox"/> 他の医療機関・療育施設等との連携 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護師との連携 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費等制度の活用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(同胞の保育について相談対応)		
予想される退院先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の医療機関 <input type="checkbox"/> 療育施設 <input type="checkbox"/> その他()		
退院後に利用が予測される社会資源・サービス等及び担当者	<<制度・手当など>> <input checked="" type="checkbox"/> 子ども医療費 <input checked="" type="checkbox"/> 自立支援医療費 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 日常生活用具給付 () <input type="checkbox"/> その他()		
	<<地域支援・サービスなど>> <input checked="" type="checkbox"/> 市町村の母子保健サービス(担当者: S市地区担当 Y保健師) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護(担当者: P訪問看護ステーション H所長) <input checked="" type="checkbox"/> ホームドクター(O小児科クリニック) <input checked="" type="checkbox"/> 他の医療機関・療育施設等の利用(D病院) <input type="checkbox"/> 医療機器業者の支援(担当者:) <input type="checkbox"/> その他()		
注)上記内容は現時点で考えられるものであり、状態の変化などに応じて変更となる場合があります。			
説明日	年 月 日	説明者サイン:	_____
		保護者サイン:	_____ (続柄)

○連携の実際

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
<p>導入期</p> <p>7日目</p> <p>8日目</p> <p>10日目</p>	<p><初期スクリーニング> 食道狭窄と診断され、医療的ケアが必要なこと、家族構成から要退院支援となり、院内カンファレンスにて PNs、NICU コーディネーターで情報共有を行った。 主治医が養育医療意見書を作成し、検査結果 IC 後母親へ渡した。</p> <p><院内カンファレンス> 検査結果を両親に説明した後にカンファレンスを実施した。手術の時期、退院後経管栄養、吸引等医療的ケアが必要なこと、家庭内のサポートについて情報収集をしていくこと、早期から MSW、保健師、訪問看護の介入が必要になってくることを共通認識した。 調整を NICU コーディネーターが担当する事を共有した。 主治医へ訪問看護指示書を依頼した。 経管栄養中心にて、口腔機能の維持のため ST に介入を依頼した。</p> <p><意思決定のための支援 1 回目> P58 参照 医療的ケアの手順のパンフレットを作成し、手技を指導した (PNs)。哺乳の練習について主治医、母親と相談し、搾乳後短時間の直母を行ってから経管栄養することとなった。面会以外の栄養時は前啼泣がある時に 20cc を上限にビン哺乳で練習をする指示があった。</p> <p>NICU コーディネーターは家族に訪問看護について紹介。家族の同意のもと保健師と連携し訪問看護への打診を開始した。</p> <p><母親の退院日> 再スクリーニング (PNs)</p> <p><意思決定のための支援 2 回目> P58 参照</p>	<p><検査結果と在宅ケアの必要性について説明> 「鼻からミルクを入れるんですか？吸引もしないといけないんですね。できるか心配です。」 「おっぱいの練習もするんですよ。手術しておっぱい飲めるようになるまでがんばって練習しないと。」と、母親は医療的ケアを行うことに対する不安の表出はあったが、経口哺乳ができるまでという目標があるため、育児習得に対する意欲はみられた。 「上の子はもうすぐ入園なので準備が間に合うか心配です。」姉の育児に対する不安も聞かれた。</p> <p><医療ケア手技指導開始> 「怖いですね。」「機械とかはどうやって準備すればいいですか？」 「おっぱいを吸わせられるのはうれしいけど、むせないか心配です。」</p> <p>「訪問看護のイメージがまだつかないけれど、自宅で一緒に見てくれる人がいるのは心強いですね。」</p> <p>「上の子を見てくれる人がいないので、パパの休日しか面会に来られません。」「どうやって面会に来よう？」</p> <p><保健師への情報提供について説明> 「上の子の預かり先を相談してみます。」</p>	<p><NICU コーディネーターが担当保健師に依頼> 医療的ケアが必要な児を家族に迎える家族の精神的、身体的サポート、姉の育児サポートの検討を依頼した。</p> <p><訪問看護師による調整> 病院からの情報をもとに訪問枠の調整や小児受け入れ態勢の準備を開始した。</p> <p><保健師との面談> 養育医療申請の際に母親と面接相談を行った。 姉の一時保育について保育担当課に連絡。母親の相談を受けるよう依頼した。</p>
<p>ネットワーク 連絡会</p>	<p><情報交換> NICU：児の病状と経過、家族状況、母親の面会頻度、育児状況 保健師：養育医療の申請時の面接相談内容 保健師より、退院前に NICU 面会の希望あり、退院の目途がいたら NICU コーディネーターが担当保健師へ連絡して日程調整することとなった。それまで保健師は母親へ電話訪問を行いながら、一時保育等地域でのサービスについて情報提供していくこととなった。</p>		

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
在宅準備期 14日目 15日目 退院移行期	<p><退院に向けての IC> 哺乳練習による嘔吐はなく、無呼吸発作もみられなくなった。両親が医療的ケアの手技習得し、退院後の育児環境が整ったら退院日を決める。</p> <p><院内カンファレンス> 退院に向けての IC 後カンファレンスを実施した。母親の育児手技習得状況、家庭内のサポート、退院の目途、母子同室について検討した。MSW に利用できる制度・サービスの検討、母子同室から使用できるよう吸引器の準備を依頼した。 保健師、訪問看護師に情報提供し、退院調整会議の出席を依頼した。 上記に基づき、退院支援計画書を評価・修正した。</p> <p><意思決定のための支援 3 回目> P56 参照 NICU コーディネーターが母親へ退院支援計画書を用いて保健師の NICU 面会や退院調整会議の参加など、今後の退院調整を説明した。 PNs が在宅指導管理料に基づき、医療材料を調整した。</p>	<p>「上の子を一時保育に預けたので、週3回は面会に来られます。」「早く退院できるようにがんばります。」 「準備するものもたくさんありますよね。間に合うかな？いろいろお金もかかりそうで心配です。」</p> <p><意思決定のための支援> P56 参照 「医療費の補助をしてくれるのは助かります。安心しました。」</p> <p><NICU コーディネーターの説明> 「保健師さんや訪問看護師さんがここに面会に来てくれるんですか？よろしくお願いします。」「パパも会議に出られるよう相談してみます。」</p>	<p>姉の一時保育の利用開始。 <MSW と保健師で制度・サービス等について検討> 現時点で利用できる障害福祉サービスはない。通常の保健福祉サービスの中で支援を展開し、個別ニーズに応じていく工夫が必要となった。</p> <p><産後ケア事業の紹介> 訪問型・通所型について紹介を行った。 ※市町村によって異なる</p> <p>訪問看護ステーションが決定した。</p> <p><NICU コーディネーターが保健師、訪問看護師に電話連絡> 母親の育児習得状況・退院の目途など、院内カンファレンスで検討した内容について説明し、退院前調整会議への出席を依頼した。</p>
	NICU コーディネーターが NICU 面会、退院調整会議の日程調整		
22日目	<家族の調整> 家族の1日のスケジュールを1週間分書き出し、家族の協力体制を整えた。	両親は NICU で医療的ケアを繰り返し練習した。	会議前に両親、子どもと保健師、訪問看護師と面会した。
退院調整会議	<p><参加者> 家族：両親 院内：主治医、PNs、NICU コーディネーター、MSW 地域：担当保健師、訪問看護師、言語聴覚士（訪問看護ステーションに所属）</p> <p><内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報交換（主治医から、病状と治療内容、手術が可能になるまでは経管栄養と吸引が必要である事、今後の方針、緊急時の対応、受診のタイミング等について説明された。PNs から、家族状況と医療ケアの指導内容と手技習得状況について作成した退院パンフレットを用いて説明された。） ・両親から退院後の希望や不安要因について確認した。 ・退院日までに必要な事項の調整、役割分担、日程調整、退院後の支援体制と連携体制等について検討した。 		

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
退院調整会議	<p><結果> 退院前に小児科病棟で母子同室し母親の医療的ケアや育児の状況を確認した上で退院することとなり、父親の休日に合わせて退院前に2泊3日で行うこととした。 会議後、NICUで訪問看護師と保健師に子どもの吸引場面を見学してもらい医療的ケアや育児全般について詳細の引き継ぎを行うこととした。 吸引器はレンタルする事となり、母子同室の際にも利用できるよう業者に依頼する。 両親は「退院直後が一番不安である」と話していたことから、退院日に訪問看護師と保健師の初回訪問をすることとなった。 育児と医療的ケア等で確認したい場合はNICUで相談を受けることを両親と訪問看護師に伝えた。</p>		
27日目 在宅移行期	<p><小児科病棟へ転棟、2泊3日母子同室> 経管栄養・吸引の手技を確認し、嘔吐などのトラブルがない事を確認して退院が決定した。 外来通院は1回/月行い、発育発達のフォローと胃管を交換し、衛生材料を渡すことを説明した。 緊急時の対応についても再度確認した。</p>	<p>両親は同室中に医療的ケアを繰り返し練習した。 「夜も一緒にいるのは初めてのなので心配ですが、何とかできそうです。」 啼泣時も母親は落ち着いて経管栄養を行えた。嘔吐など問題なく、母子同室できた。 「退院後心配なことがあれば電話します。よろしくお願いします。」</p>	<p><NICUコーディネーターが保健師へ電話連絡> 母子同室中の経過と退院日決定を連絡した。</p>
退院			
30日目 継続期	<p>退院後保健師から、初回訪問時の状況についてNICUコーディネーターへ連絡あり。保健師からの情報を外来主治医と看護師へ情報提供して、初回外来受診時にPNsが同席し育児相談を行った。 外来通院は1回/月行い、発育発達のフォローと胃管を交換し、衛生材料を渡した。 栄養の量と注入の間隔、タイミングなどを成長に合わせて調整した。</p>	<p>「保健師さんが訪問してくれた時、相談にのってくれてよかった。」 「訪問看護師さんが来た時、ケアの不安な部分を聞くことが出来るし、上の子と向き合える時間が出来て助かります。」</p>	<p><保健師の家庭訪問> 退院1週間後に訪問。 子どもの状態や経管栄養の状況、姉の育児等について、訪問結果をNICUコーディネーターへ電話連絡した。 <訪問看護師の訪問> 1回/週、訪問結果を保健師と外来主治医に報告した。</p>
退院後3か月頃			
	<p>発達発育が順調にいき、予定通り手術可能と判断し、D病院を紹介した。</p>	<p>「経管栄養や吸引も慣れてきました。」 「パパも一緒に育児をしてくれました。」 手術に向けて姉の世話ができるよう、父方祖父母が仕事の調整をしてくれた。</p>	<p>訪問看護と一時保育は継続し、家族と兄弟のサポートを続けた。方法やタイミングなど食べる機能のリハビリテーション、サポートを行った。</p>

結果

退院後 1 週間ほど毎日、NICU に母親から育児を確認する電話があったが、電話対応で特にトラブルなく経過した。現在は、1 回/月の外来通院と 1 回/週の訪問看護の利用で病状は安定し、順調に体重は増加した。

手術の目的がたった頃、両親は「医療処置を行うことに不安があったが、訪問看護と NICU の電話相談がある事でいつでも相談出来ると思うと安心できた。」「訪問看護師さんは自分達と同じ目線に立って接してくれるので、子どもを支えてくれる仲間のような存在であり頼もしい。」と話した。

姉が、子どもの世話のため家で過ごす時間が多く外遊びが十分にできないことや、母親と二人だけの時間が中々取れないことでストレスが溜まってしまったため、一時保育の活用や父親が休みの日に子どもの世話を交代することで、外遊びの時間や母親と二人だけの時間を確保するよう工夫していた。

まとめと評価

子どもは、短期間であったが手術による完治まで医療的ケアが必要であることから**入院早期より退院調整**を行った。早期から家族と積極的に関わり退院の生活を意識づけることにより、子どもの受け入れや在宅ケアの準備がスムーズに行えた。

介入開始時は、まだ 3 歳と**幼い姉の育児と子どもの看護をほぼ一人で行わなければならない状況**を母親は不安に感じており、**育児や看護の支援体制をつくる**ことに重点を置いた。母親の休息のための**産後ケア事業等、利用できる地域サービスを全て情報提供**し、病院での退院後の対応も検討したことは母親の育児負担、不安の軽減につながった。

また、吸引器レンタルやサービス利用にかかる費用がかさむことから、受けられる手当てや助成がないか検討したが、身体障害者手帳や特別児童扶養手当の申請対象にならないため、医療費控除の説明をすることで**少しでも自己負担が軽減できるよう視野を広げた対応**ができた。

子どもの成長発達と家族の変化に合わせた生活を家族とともに考えることで、継続したフォローアップにつながった。在宅医療は訪問看護、地域の相談窓口は保健師、そして医療を提供する病院と、それぞれの役割を担っている機関が集まり家族と話し合う事で、情報の共有と支援の方向性を定める事ができ、共通の認識で関わられた事が家族の不安を軽減し、子どもの順調な発育につながっていると考える。

訪問看護を利用する場合 (P36,108 参照)

訪問看護の調整は、MSW、保健師などと連携して行います。訪問看護師が退院後スムーズに看護を提供できるよう、主治医からの指示書発行の承諾を得て、入院中に医療的ケアの引き継ぎを行ったり、家族と面会してもらい関係性を構築しておくことが大切です。

訪問看護について「利用の仕方が分からない」「他人が家に入るのはちょっと・・・」など躊躇する家族もいます。医療者は家族力を見極め、必要性を家族と話し合い、訪問看護ステーションとも話し合いながら検討していくことが大切です。

<訪問看護にかかる費用等>

- ・小児の訪問看護にかかる費用は、利用する助成制度で自己負担額が変わります（例えば地域により異なりますが、こども医療費助成制度では 1 日 250 円など）。その他の助成制度として、小児慢性特定疾病医療費助成制度、特定医療費(指定難病)助成制度等があります。また、交通費の自己負担額はステーション毎で異なります。
- ・訪問看護の回数・内容は、病院やスタッフ・保健師等と相談しながら決定します。また、状態に合わせながら回数の増減、時間変更は可能です。必要性があり、要件が満たされた場合には 24 時間緊急訪問、長時間訪問、複数名訪問等も利用することができます。

【事例2】 医療的ケア（人工呼吸器）が必要な場合

支援のポイント

1. 早期から家族支援で愛着形成や重症心身障害児である子どもの受容を促す。
 - ・両親や家族の思いを傾聴し、PNsは信頼関係が築けるように関わっていく。
 - ・こまめな面談・ICを実施する。
 - ・両親・同居家族へのFamily-Centered Careの取り組みをする。
2. 家族が不安なく在宅に移行できるように育児ケア、医療的ケアの管理・技術習得指導を実施する。
3. 社会資源、制度、サービスなど地域での支援体制について家族が理解できるように関わる。
 - ・家族の理解度に合わせ繰り返し説明をする。
 - ・必要な制度・手当等の申請は退院時期を見越して手続を行う。
4. 子どもの安全確保と家族の不安軽減ができるように支援体制を整える。
 - ・訪問看護やかかりつけ医の確保、医療・福祉サービスの調整と連携体制を整える。
 - ・体調急変時・災害時などの対応を確認する。

入院経過

月齢 12 か月 男児 第1子
父親 30 代前半・母親 20 代後半
父方祖父母と同居
父母共会社員であり母親は現在
育児休暇中
祖父母も働いている。
持家・経済的
に問題ない。



母親の妊娠中は問題なく経過、陣痛発来でE病院産科に入院した。
在胎 39 週、自然破水後臍帯脱出、胎児徐脈あり緊急帝王切開、体重 2,900g
で出生した。Ap 1/2 点。気管挿管しNICUに入院。人工呼吸器管理し低体温
療法施行したが重症新生児仮死・低酸素性虚血性脳症・脳性麻痺と診断され
た。自発呼吸・自発運動なく退院後は人工呼吸器及び酸素管理、栄養管理、抗
痙攣剤内服管理、継続したリハビリテーションが必要な状態であった。両親
は在宅療養を希望したため、在宅療養に向け気管切開、胃瘻造設術施行、両
親へ医療的ケア・リハビリテーションの指導を開始した。

母親は入院当初は涙していることが多く、看護師は寄り添う姿勢で訴えを
傾聴し継続的に個別面談を行ない、徐々に笑顔もみられるようになった。気
管切開、胃瘻造設について母親は最初「傷つけない、一生声が出せない
のか・・・？」と消極的であったが、ICと面談を繰り返し「退院して一緒に
暮らすためなんですよね。」と納得した。

退院スクリーニング

<初期スクリーニング：入院1日目（入院7日以内に必ず実施）>

重症新生児仮死であり、後遺症が残るリスクがある。母子分離状態で、母親は子どもの病状・状態の理解が困難で
あり、自責の念、罪悪感、子どもを受け入れられない状況に陥りやすい。また初産であり育児経験がない。祖父母と
同居であり育児支援者はいる。子どもの状態、家族の受け入れ状況により退院支援が必要である。

<再スクリーニング：気管切開後、状態が安定した時期>

人工呼吸器・酸素・経管栄養・継続したリハビリテーション等医療的ケアが必要であり、在宅療養においては家族
が医療的ケア・管理について理解、手技習得しなければならない。祖父母の協力は得られるが、家族間の共通認識・
役割分担・支援体制の確認が必要である。医療的ケア指導、育児指導が開始され、退院後の生活に不安な言動が聞か
れる。退院後の生活をイメージできるような支援と思いや不安などを傾聴し、精神的な支援が必要である。

在宅療養に向け地域と連携し安全に安心して生活できるように、社会的・精神的支援を調整することが必要であ
る。

<医療機関で把握している問題>

1. 在宅に向けて家族の医療的ケアの技術・管理の習得が必須である。
 - ・人工呼吸器管理（気管切開）
 - ・経管栄養管理（胃瘻）
 - ・吸引
 - ・薬剤投与
2. 家族間で認識の違いがある。
3. 医療的ケア・介護量が多い。
4. 在宅療養環境が整っていない。
5. 社会福祉サービス・制度について知識不足である。

<退院に向けての主治医からの説明>

- ・自発呼吸・自発運動が困難な状態でありこれ以上の改善は難しい。今後も人工呼吸器・経管栄養・内服管理等医療的ケアが必要な状態で在宅生活を送るためには、家族による医療的ケアが必要である。安全に安心して在宅生活を送れるように地域の支援体制が整ってから退院となる。
- ・今後は家族・地域・病院と連携していく必要がある。

<家族の希望や受け止め>

<母親>

「家でみんなと一緒に暮らしたい。」

<父親>

「吸引や経管栄養など家でやっていけるのか、生活のイメージがつかえません。妻を中心に養育していくことになると思う。妻のことも心配です。不安はありますが、私の両親の協力も得て頑張っていこうと考えています。」

<祖母>

「ずっと誰かがついてなければいけないんですね。家に連れて帰っても大丈夫でしょうか。」

両親は、現在の病状については理解されているが、自宅での療養生活についてイメージできていない印象である。

自宅退院の方向で確認、今後は地域との連携が必要になるためMSWの介入の了解を得る。

<退院調整のアセスメント視点>

1.医療的なアセスメント

- ①緊急時の早期発見・対応
- ②かかりつけ医の確保
- ③訪問看護の導入
- ④家族の医療的ケア管理と技術の習得

2.家族に関するアセスメント

- ①家族全員の共通認識確保
- ②家族間での養育体制の確認
 - ・家族の役割分担の明確化
 - ・家族の精神的支援
- ③住宅環境の調整
 - ・間取り・医療機器・福祉用具
- ④経済的支援・福祉制度について情報提供

3.医療福祉サービスの調整

- ①訪問診療・訪問看護・居宅介護
 - 訪問リハビリテーション・居宅訪問型児童発達支援、児童発達支援（事業所型）
 - 訪問歯科・調剤薬局の在宅訪問
- ②経済面の確認、適応となる制度について情報提供

-MEMO-



<意思決定のための支援>

ポイント

- ・母親は入院当初、涙をみせることが多く、PNs と NICU 入院児支援コーディネーター(以下 NICU コーディネーター)は寄り添う姿勢で訴えを傾聴し、継続的に個別面談を行なった。徐々に笑顔もみられるようになり両親との信頼関係もできてきた。病状の変化、家族の希望時に面談を行い納得できるまで繰り返し話し合い調整した。
- ・両親の思いと同居している祖父母の思いにずれが生じており、家族が共通認識・理解できるように両親だけでなく必要時祖父母の同席を調整した。
- ・家族と病院側が退院にむけて目標を一致させることができるように話し合いを実施した。

①意思決定のための IC 時

○ IC 実施（主治医）

状態が安定し、医師が退院可能と判断したら、退院について話し合いを開始する。

今後予測できる発達予後・障がいの程度について説明がある。①在宅療養、②療育医療機関転院、③施設入所のいずれかを選択しなければならない。また、退院・転院いずれにしろ気管切開と胃瘻造設の手術が必要となってくること、自宅退院を目指す場合は家族が医療的ケアを習得する必要があることを説明した。

地域の支援者と連携し、社会資源・社会保障制度・地域支援体制を整えていく必要があることを説明した。質問や疑問を確認しながら話し合いを実施し、家族で療養場所を決めるように促した。

○ IC 後の面談（PNs、NICU コーディネーター）

両親は、特に気管切開について「一生声を出すことができないのですよね。」「まだ泣き声も聴いたことがないんです。」と消極的であり、母親は泣いていた。PNs と NICU コーディネーターは寄り添う姿勢で訴えを傾聴し、家族の希望があれば「気管切開をした子どもの母親」から話を聴くことも可能である旨を伝えた。その後の面談で「必要だと頭では分かっているんです・・・。」と揺れる気持ちを話し、PNs はその都度母親に寄り沿う関わりに努めた。IC から 1 か月後に自宅退院を希望すること、気管切開と胃瘻造設について承諾を得た。

②在宅療養意思決定後

気管切開、胃瘻による栄養管理、継続したリハビリテーションなど、家族が医療的ケアを習得し管理できることが必要である。

訪問看護・訪問リハビリテーション・行政・施設など支援体制を整えていく必要があり、MSW の介入で調整を進めていくことの理解を得た。今後は、自宅退院に向け家族・病院・地域と退院後の生活を想定した話し合いを行っていくことを説明した。

小児科病棟に転棟、母子同室し退院後の生活をイメージできるように支援・準備を整えていく。外出・外泊を行い抽出された問題点を解決していき、在宅生活への自信が持てるように支援していくことを説明した。

退院後の状況の変化に伴い家族の希望を確認しながら支援体制の調整・修正をしていくことを説明した。

また、重い障害を抱えている場合、退院する前に NICU と異なる環境で生活することも、大切なステップである。NICU→自宅へ急な環境の変化により体調を崩す事もあることを説明し移行準備として、再入院や緊急時対応にあたる小児科病棟への転棟に了解を得た。

<退院支援計画の主な内容>

1. 愛着形成を促し子どもの受け入れができるように支援
2. 子どもの病状の理解ができるように支援
3. 療養場所の意思決定支援
4. 医療的ケアの手技習得・管理について指導
5. 医療機器・医療的ケア物品・衛生材料を含む在宅住宅環境調整
6. 在宅療養にむけ関係職種と連携を図り家族を含め退院に向けた話し合いを実施し支援体制を調整
7. 両親の不安が最小限になるように支援
8. 異常症状・緊急時の対応について指導・支援・調整
9. 社会保障制度等の申請について調整

○連携の実際

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
<p>入院当日</p> <p>2 日目</p> <p>7 日目</p> <p>1 か月</p>	<p><初期スクリーニング> (PNs) 基礎疾患、家族背景から要退院支援と判断した。</p> <p>父親と祖父母の初回面会</p> <p><NICU 入院時 IC> 医師より、出生時の状況、現在の状況、今後の治療方針、予測される経過について説明した。</p> <p>主治医が養育医療意見書を作成した。</p> <p><看護師面談> 母親の初回面会時 PNs は、子どもの状態や NICU について説明した。両親特に母親の表情に注意し、寄り添う姿勢で思いや話を傾聴した。</p> <p>PNs は、両親の思い、不安を傾聴した。両親、特に母親の受け入れ状況に応じて、退院後の生活についても確認した。 NICU コーディネーターは初期スクリーニングの結果で介入を開始した。</p> <p><院内カンファレンス> (入院後 1 か月以内) ・医師、PNs、NICU コーディネーター・MSW を含む関係職種が合同で退院に向けた課題・目標・支援について共通認識した。 ・退院支援計画書作成を開始した。</p>	<p>胎児徐脈あり緊急帝王切開施行、重症新生児仮死で出生した。 気管挿管され NICU に入院した。 重症新生児仮死で人工呼吸器装着中、突然の入院、母子分離状態で両親の不安は大きかった。 入院時は父親、父方祖父母、母方祖父母が待機されており、NICU 入室時保育器越しで子どもに会うことができた。</p> <p><IC 時> ・父親の表情は硬いが質問し、わからないことは確認できていた。 ・両祖父母は頷きながら聞いていた。</p> <p><面会時> ・父親は「がんばれ。」とタッチングしながら話しかけている。 ・母方祖母は「母親にどう説明すればいいのか。」と涙している。</p> <p><母親の初回面会> ・父親と一緒に車いすで面会した。 ・母親は「ごめんね。」と言いながら、涙することが多かった。 母親の面会は毎日あり、徐々に笑顔も見られるようになった。</p> <p>母親は産後 12 日で退院した。 母親の体調は良好で、退院後も毎日面会に来ていた。「顔を見ると安心します。」と笑顔で話していた。</p>	<p>母親の退院後、両親で市役所に養育医療の申請に来た。 保健師が申請時の面接相談を行い、両親の不安を傾聴し、地域の支援について説明を行った。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
2 か月	<p><意思決定のための IC 時> P67 参照</p> <p><在宅療養意思決定後> P67 参照</p>	<p>子どもの状態が安定した。しかし人工呼吸器からの離脱は望めず、両親に今後について話がされた。</p> <p>両親は質問しながら説明を聞いていた。</p> <p>両親から「自宅退院の方向で考えている。」と話があった。「不安はあるが一緒に暮らしたい。」と笑顔で話した。</p> <p>MSW の介入と地域の保健師への連絡について了解した。</p>	
3 か月	<p><MSW の介入></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の方針や家族の意向を確認し NICU コーディネーターと共有した。 ・ 家族に自己紹介を含め面談を行った。(家族の不安や疑問、希望など確認) ・ 利用可能な社会福祉制度の申請手続きを開始した。(身体障害者手帳・特別児童扶養手当・障害児福祉手当等) ・ 保健師へ連絡調整、情報提供・退院後のコーディネートに依頼した。 ・ 関係職種と合同でのカンファレンスを調整した。 <p><院内カンファレンス></p> <p>在宅療養への意思決定後、関係職種が合同でカンファレンスを実施した。現状、今後予測されること、退院に向けての目標の確認、それぞれの役割や家族との関わり、地域との連携について情報交換・確認した。</p> <p>○主治医</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現状や今後予測されることについて説明 ・ 異常症状、緊急時の対応について説明 ・ 退院後の医療機関の調整、決定 <p>○PNs</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 面会時の家族の言動・行動の情報提供および情報共有 ・ 医療的ケアや育児ケアなど看護計画・実施・評価 ・ 小児科病棟へ転棟の調整 ・ 衛生材料の準備 ・ 医療機器業者への連絡と医療機器の準備調整 ・ 人工呼吸器とパルスオキシメーターは在宅人工呼吸指導管理料で対応 ・ 在宅酸素は在宅酸素療法指導管理料加算で対応 ・ 吸引器 (日常生活用具給付事業) ・ 自己膨張式バッグ (自費または業者相談) 	<p><MSW、NICU コーディネーターと両親との面談></p> <p>「まだ退院後のイメージはできていないが、制度・支援についての話が聞いて良かった。」と話した。</p> <p>面談は家族の希望時適宜調整する事を伝えた。</p>	<p>MSW が保健師・医療的ケア児等コーディネーター(以下、「医ケア児コーディネーター」と略す)に連絡を行い、情報提供と退院後のコーディネートに依頼した。保健師・医ケア児コーディネーターは家庭訪問、NICU 面会を行い子どもの状態を確認した。</p> <p>保健師は訪問看護・訪問リハビリテーション事業所、医ケア児コーディネーターは療育施設(短期入所、居宅訪問型児童発達支援事業所)、訪問歯科、在宅訪問可能な薬局に連絡を行い、利用可能か確認を行った。利用可能な事業所には手続き等を確認した。</p> <p>また、保健師は市役所福祉課に障害者手帳(肢体不自由・呼吸器)の交付申請について連絡し、交付までの期間の確認、バギーとカーシート(補装具:座位保持装置)の支給、及び吸引器(日常生活用具)の給付について調整を行なった。福祉サービスについては、受け入れ事業所を探していると相談した。市役所福祉課は相談支援事業所とも連絡を取り、担当相談支援専門員が決まった。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
6 か月	<p>○リハビリテーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院中から母親へのリハビリテーション指導 ・必要な装具・福祉用具について調整 <p>(装具完成に 5~6 か月かかるため退院を見越した調整が必要)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バギー ・カーシート <p><気管切開術施行></p> <p>産科医療補償制度を申請した。</p>		<p>主治医が退院後の医療機関、療育施設の医師に事前に情報提供と診療依頼を行なった。</p>
7 か月	<p><胃瘻造設術施行></p> <p><再スクリーニング> (PNs)</p> <p>医療上の課題、養育上の課題を明確にした。</p> <p><家族との話し合い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師、NICU コーディネーターを含む関係職種が家族と退院について具体的な話し合いを行なった。 ・家族間の意思統一を確認し、病院・地域が連携し調整することを家族に伝えた。 ・退院後の生活がイメージできるように家族の思いや希望を確認しながら退院に向けた問題・目標を共有し支援・調整に繋げていった。 <p><退院支援計画書の評価・修正> (PNs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・修正後の退院支援計画書にそって退院調整・支援していくことを家族に説明し計画書を交付した。 ・MSW は院内カンファレンスと家族との話し合いを踏まえ、退院前調整会議開催の日程調整を行った。 	<p>身体障害者手帳 1 級取得 (呼吸機能障害・肢体不自由)</p> <p><両親の反応></p> <p>「寝たきりでほとんど反応もないが、笑うとか少しでも反応があると嬉しい。他にも同じような子どもの家族に様子を聞いてみたい。」</p> <p>「体調管理が一番不安であり、入浴は家族だけではできない。日中は母親が一人に対応するので、誰か子どもの様子を見に来て相談できる人がいると助かる。」</p> <p>「病院で受けているリハビリテーションの継続と体調が落ち着けば少しでも楽しい経験をさせたい。」</p> <p>「サービスについては実際使ってみないとよく分からないが、疲れが溜まってきたら、短期入所の利用を考えたい。退院したらなかなか動けないので、入院中にできる手続きや事業所の見学があればやっておきたい。」</p> <p>子どもは気管切開と胃瘻増設術を受け、術後の状態は安定していた。</p>	<p>担当保健師・医ケア児コーディネーターは、障がい者基幹相談支援センター、相談支援専門員と連携し、院内での家族との話し合いの結果を受け、退院後利用する訪問看護、訪問リハビリテーション、療育施設、訪問歯科、調剤薬局薬剤師と連絡をとり、具体的に話をつめていった。結果、訪問看護と訪問リハビリテーションは退院直後から利用することとなった。また、今後の短期入所や児童発達支援の利用も踏まえ、療育施設への受診も退院後に行うこととなり、退院前の連絡調整会議の出席を依頼した。同様に、市役所福祉担当者にも連絡を行った。</p> <p>また、家族会についての情報提供を行った。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
8か月	<p>家族へ医療的ケアの指導を計画、開始した。</p>	<p>母親が医療的ケアの練習を開始した。 「看護師さんがやっているのを見てたけど、やってみると怖いですね。」 ゆっくりであるが一つ一つ看護師に確認しながらケアを行った。仕事のため日中の面会が少ない父親への指導は休みの日に計画的に行った。</p>	
<p>NICU 入院中退院調整会議</p> <p><目的> 退院に向けた課題、目標、支援についての確認</p> <p><参加者> 病院：NICU（医師、PNs、師長）、小児科病棟（医師、看護師）、NICU コーディネーター、MSW 地域：保健師、市福祉担当者、相談支援専門員、医ケア児コーディネーター 家族：両親</p> <p><内容> 子どもの経過・病状・今後予測されること・必要な医療的ケア・日常生活ケア・家族背景・家族の希望・母親の不安など情報提供、情報交換した。</p> <p><結果> 訪問看護・訪問リハビリテーション・療育施設（短期入所事業所・児童発達支援事業所・居宅訪問型児童発達支援事業所）・相談支援事業所、訪問歯科、在宅訪問可能な薬局との連携・支援の必要性について確認する。地域担当者と両親が面識をもつことができ、家族・病院・地域で退院後の生活のイメージの確認ができた。</p>			
9か月	<p>在宅用呼吸器に切り替える。</p> <p><小児科病棟オリエンテーション> 転棟前に小児科病棟の看護師が小児科病棟のオリエンテーションを行い母親の不安軽減に努めた。NICU から小児科病棟へ事前に情報を提供し共有した。</p>	<p><両親の反応> 「退院しても訪問看護とか専門職に来てもらえることが分かって良かった。」 「在宅のサービスを使っても、親だけでみていくことは難しい。祖母も心配しているし、退院する前は一緒に説明を受けてもらいたいと思う。」</p>	
9か月	<p>母子同室の入院生活による退院指導を開始した。（日常生活ケア・医療的ケアの確認、移動時の指導と実施、ポジショニングの指導と実施、緊急時の対応、自己膨張式バッグの使用法の指導と実施、医療機器操作の確認、医療機器の異常時の対応・業者との連絡方法の確認） ・母親の疑問や不安の確認、ケアの評価、必要時再指導を行った。</p>	<p>小児科病棟へ転棟</p> <p>「今までずっと一緒にいることがなかったのでこの子の色々な顔の表情や動きを見ることができました。吸引のタイミングや注入については、一人でやるのはまだ心配です。これからたくさん事を覚えなくてはならないですね。頑張ります。」</p>	

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
----	------	---------	--------

小児科転棟後
退院調整会議

<目的> 必要な支援の具体的な計画について調整を行う。

<参加者>

病院：小児科病棟（医師、PNs）、NICU コーディネーター、MSW
 地域：保健師、訪問看護師、市福祉担当者、訪問リハビリテーション、相談支援専門員、療育施設担当者（短期入所事業所、児童発達支援事業所、居宅訪問型児童発達支援事業所）、医ケア児コーディネーター、訪問歯科衛生士、調剤薬局薬剤師
 家族：両親、祖父母

<内容>

退院後の1日の流れ、週間・月間予定を確認。医療的ケア・医療機器の取り扱い・日常生活ケア・入浴・栄養・リハビリテーション・緊急時・移動方法・家族の役割分担など確認し、退院後の生活を見据えて具体的に調整した。

<結果>

入浴は人工換気・吸引・移動・洗身担当が必要で家族だけの入浴介助は困難であり、訪問看護師・ヘルパーの介入を調整した。子どもの健康状態の観察や母親の相談などで訪問看護師の訪問を5回/週・訪問リハビリテーションを1回/週、訪問歯科は1回/月予定した。外来受診後、薬剤等は調剤薬局の在宅訪問を利用し、自宅まで届けてもらう。退院後具体的に想定される事態、緊急時の対応などについて話し合った。家族の役割分担、誰がどこまでのケアができるか確認し、今後退院前家庭訪問と外泊時で確認された問題点を解決、最終調整し退院できるように連携していくこととなった。退院後、定期受診・緊急時受診はA病院小児科でフォローしていく。予防接種・風邪などはかかりつけ医に対応してもらうこととなる。退院後の生活状況に応じて支援体制の検討をしていくこととなった。家族も退院後の生活をイメージしながら質問し確認していた。

会議終了後、医療ケア・入浴を見学してもらい、意見交換した。

<外出・外泊の準備・計画>

- ・在宅での医療的ケア・医療機器の管理・移動方法・入浴方法・緊急時の対応・1日の生活リズムの確認・在宅生活に必要な物品準備の確認・家族や地域との支援体制の確認を行った。
- ・MSWは、退院前調整会議を踏まえ、病院と地域の関係者による退院前家庭訪問の日程調整を行なった。

退院前家庭訪問について、家族がそろって迎えられる日を調整しMSWに希望を伝えてきた。

保健師は、MSWと連絡を取りながら、病院と地域の関係者による退院前家庭訪問の日程調整を行なった。

退院前家庭訪問

<参加者>

病院：PNs、NICU コーディネーター（看護師）、MSW
 地域：訪問看護師、訪問リハビリテーション、保健師、市福祉担当者、相談支援専門員、医療機器業者、医ケア児コーディネーター

<内容>

家屋内の環境確認と調整を行った。

<結果>

子どもの生活スペースと動線の確認を行った。また、物品、機器の配置、使用アンペア（電力）、緊急時（停電時）のバッテリー対応の調整を行った。

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
12 か月	<p>試験外泊するに当たり、衛生材料の準備、外泊中の相談・緊急時の連絡方法等について指導、相談対応を行なった。</p> <p>主治医より訪問看護師あてに、訪問看護指示書を作成、送付し、試験外泊中の訪問看護も依頼した。 ※訪問看護指示料算定</p>	<p>家庭訪問の後、母親から「退院後の生活イメージが少しついた。」と話があった。</p> <p>父親「多くの人に関わってくれることは分かったが、実際には家族だけで対応する時間が長いのも事実。やはり負担は大きいし、心配もある。」</p> <p>祖父母「できることは協力したいが、家族全員仕事があるので、まずは育児休業中の母親が中心となるしかない。こんな重症な子を家でみていくのは不安。練習はしたものの呼吸器の操作や吸引は怖いと感じる。祖父母の立場では責任を持ちきれない。」</p>	
	試験外泊		
	<p>※退院前在宅療養指導管理料算定</p> <p><外泊後の面談></p> <p>問題点や不安な点を確認し、問題解決と家族の不安軽減を図った。保健師、関係者へ報告し最終調整を行なった。</p> <p>PNs は保健師あてに新生児等退院支援連携票、退院サマリを退院翌日に送付した。</p>	<p>母親「病院だと医師や看護師がいつでもいるけれど、自宅では家族が対応することになる。心配で夜は殆ど眠れなかった」、「吸引や注入は教えてもらったとおりにやったので、なんとかできた。子どもの様子が不安なので定期的な訪問看護は絶対必要だと思った。」、「また、呼吸器や吸引機器があり、移動が大変だった。一人では無理なのでなるべく他の家族も付き添うようにするが、大変なときはヘルパーも頼みたい。」</p> <p>「子どもの状態は安定していたため、対応には自信がついた。」</p>	<p>※訪問看護療養費算定</p> <p>保健師と訪問看護師は、外泊中に家庭訪問し退院前家庭訪問と退院前調整会議で話し合われたことを再確認し、結果を関係者へ報告し最終調整を行なった。</p>
退院			
	<p>退院後3日目に電話連絡を行い、生活状況の確認と不安や困っていることはないか確認し、保健師に情報提供した。</p>		

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
	<p>退院後、母親から電話で不安な点の問い合わせがあり看護師が対応している。</p> <p>「退院後訪問」としてNICUコーディネーター・PNsは訪問看護師と一緒に自宅訪問を行った。</p> <p>NICU コーディネーターは退院後訪問の結果を小児科外来看護師へ情報を提供し共有した。</p>	<p>母親「外泊を行ってきたので割とスムーズに子どもの世話ができています。」「気になることは訪問看護師に相談している。夜間は病院に電話することが多い。幸いにも緊急受診はない。」「日中は一人でみているが、訪問サービスと受診があるので思っていたより忙しい。自分の時間がとれない。」</p> <p>父親「妻は、家事までは手がまわらないので、食事や掃除、洗濯は祖父母と父が担当するようにしている。」「吸引や胃瘻、訓練はやっていると億劫になるので、休日などは心がけて担当するようにしている。」</p> <p>祖父母「母は良くやっているとと思う。直接の世話は両親が担当しているので、その他の家事を担当している。」「通院は、母以外にも家族の誰かがついて行くように調整している。」</p> <p>母親「病院では大丈夫と思っていた手技も、自宅でやると不安になることが多かった。実際に病院の看護師さんに見てもらえて安心した。」</p>	<p>保健師は、退院 1 週間後に家庭訪問を行った。子どもの状態確認と母親からの相談対応、市の保健サービスについて調整を行った。また、訪問看護、訪問リハビリテーション、医療機関とも連携を図り、必要な情報を共有した。さらに、新たな課題がないか確認した。</p> <p>訪問看護は、5 回/週訪問し、入浴介助、看護ケア、バイタルチェックを行った。子どもの状態で気になることがあれば、医療機関に確認した。自宅で家族が行っている医療的ケアの再確認、相談対応を行った。</p> <p>訪問リハビリテーションは、1 回/週訪問を行い、身体状態を確認し、リハビリテーションを行った。また、家族が行っている訓練内容を確認し、指導・助言を行った。</p> <p>PNs・NICU コーディネーター・訪問看護師にて自宅を訪問し、子どもの状態の確認・手技の確認・ケア調整を実施した。</p>
1 歳 3 か月	<p>1 回/月小児科外来に定期受診 受診時に気管カニューレ交換・胃瘻交換を実施した。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅人工呼吸器指導管理料 在宅気管切開患者指導管理料 在宅寝たきり患者処置指導管理料（胃瘻） <p>以上の管理料を参考として必要物品を提供する。</p>	<p>母親「慣れてきたのと状態が安定してきたので、病院に電話することがほとんどなくなった。」「生活には慣れてきたが、注入や吸引があり自分の時間がなく、気が休まらない。3 か月たって疲れがたまってきた。ゆっくりする時間が欲しい。」さらに、「子どもの体調が落ち着いているので、楽しい経験をさせてあげたい。私も他の家族と話したいので今後通所の利用を考えたい。」と保健師に相談した。</p>	<p>5 回/週訪問看護、1 回/週訪問リハビリテーション、1 回/月保健師が訪問を行った。</p> <p>保健師は母親からの相談を受け、退院前連絡調整会議に出席していた相談支援事業所・医ケア児アドバイザーに連絡し、サービス利用の調整を依頼した。</p> <p>相談支援事業所は現状のアセスメントを行い、障害児支援利用計画を作成した。保健師、訪問リハビリテーション、訪問看護、療育施設（短期入所事業所、児童発達支援事業所）、医ケア児アドバイザーを招集してのサービス担当者会議を開催した。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
1歳 6か月		<p style="text-align: center;">サービス担当者会議の開催</p> <p>療育施設に受診し、短期入所や児童発達支援の見学をする。</p>	<p>サービス担当者会議の結果、まずは短期入所を利用することになった。</p>
1歳 8か月		<p style="text-align: center;">短期入所の利用</p> <p>「どうしているか心配になることもあるが、やっと自分の時間ができた。」 「同じような子どもの保護者と知り合いになりたい。」</p>	<p>医ケア児コーディネーターは、家族の希望を受け相談支援専門員と相談し、児童発達支援の利用を調整した。</p>
		<p style="text-align: center;">児童発達支援（通所サービス）の利用</p> <p>母親「通所サービスもまだ利用を始めたばかりで、どんな人が利用しているのかわからない。知り合いができることを楽しみにしている。」「子どもの世話は夫と自分しかしていない。祖父母には遠慮があるし、普段やっていないと不安で任せることができない。」「訪問看護師やリハビリテーションには通常のケアや療育について相談している。保健師には療育や市のサービス（予防接種など）について相談している。」「育児休業は3年まで延長した。どうなるかわからないけど、仕事はやめたくない。」</p> <p>父親「生活が安定してきたと思う。妻は仕事をやめたくないというが、育児の中心は両親（父母）であり、どちらかが仕事をやめるとしたら…やっぱり母親になるのではないかと考えている。どうしても仕事をやめないためには、施設入所もやむを得ないと思うが、希望したらすぐに入れるのかわからないので、保健師や相談支援専門員と相談が必要だと思っている。」</p> <p>祖父母「基本的に見守っている。両親が困っていたら手伝いをしたいが、直接の医療処置は慣れていないとできない。」「両親はまだ若いので、次の子どもを授かったら、いずれ入所させた方がいいのではないかとも思うが、祖父母が決めることではないので特に何も言わないようにしている。」</p>	<p>以降、相談支援専門員がコーディネーターとなり、1回/月訪問を行い、保健師と連絡をとりながら支援することになった。また、必要時に医ケア児コーディネーターより助言をもらうこととなった。</p>

結果

<退院 1 か月>

退院後は気になる状態があればすぐに病院に電話するか、訪問看護師に相談している。幸いにも緊急受診することはなかった。病院には1回/2週受診している。受診時は母親以外の家族も必ず付き添っている。家族で家事等分担して協力して行っている。母親からは、「子どもといることができているのが嬉しい。昼間は子どもと二人きりになるので、保健師や看護師から家に来てもらい話ができるのはありがたい。」と話があった。また、「呼吸器の管理、吸引や注入は慣れたが、日々の世話や受診があり意外に忙しい。」とも話があった。

<退院 3 か月>

慣れてきたので母親から病院に連絡することは殆どなくなった。保健師は母親からの相談を受け、福祉サービスや児童の通所利用が必要と判断し、退院前調整会議に出席していた相談支援事業所にサービス利用の調整を依頼した。事業所の相談支援専門員は障害児支援利用計画を作成し、関係機関を集めてのサービス担当者会議を開催した。先に短期入所を利用することになった。母親は、子どものことを心配しながらも、「やっと自分の時間ができた。」と話していた。その後、児童発達支援の利用を始めた。この後、相談支援専門員が、保健師と連絡をとりながらコーディネーターとして支援することになった。

母親は育児休業を3年まで延長した。その先はどうかかわからないが仕事は続けていきたいと考えている。子どもの世話は母親と父親が主に行っている。母親からは、「祖父母には遠慮がある。祖父母も病院で手技を練習したが、普段やっていると不安で任せることができない。」と話があった。父親や祖父母は、「母親が仕事の継続を希望したり、次の子どもを授かったら家族で相談しなくてはならない。」と思っている。

<退院 1 年後>

1年間のうち数回肺炎で入院し、主に母親が付き添いをしていた。短期入所は定期的に利用している。児童発達支援を利用して、利用者の母親同士で話をすることもできるようになった。訪問看護も継続して利用している。入院することもあったが、状態は比較的安定していて、サービスを利用しながら生活している。保健師と連携して相談支援専門員が定期的にモニタリングを行っており、必要に応じて関係者会議を開催している。

まとめと評価

子どもの病状、発達予後・障がいの程度から医療的ケアが命に欠かせない状態であることを受け入れることは簡単なことではない。ましてその状態での自宅退院は**入院当初は想像もつかないこと**である。両親の面会時は寄り添いながら**思いや不安など話を傾聴し信頼関係を築いていく**ことが大切である。早期からNICU入院児支援コーディネーター（看護師）とMSWが連携し病棟・家族・地域と**目標を統一し退院に向け調整を開始**していく必要がある。特に、地域との関係性を深め支援体制を整えていった。

医療的ケアの手技習得、緊急時の対応、退院後の医療、療育、日常生活、利用可能な制度・サービス、経済的支援、精神的支援などの支援体制を整え、不安が少ない状態で退院できるように調整が必要である。

両親・家族のその**時々心の変化や状況を理解**し関わっていく必要がある。

退院後のコーディネーターは保健師が行った。そのために入院中から家族との面談、子どもの面会を行い、情報収集や家族との信頼関係を築いていく必要がある。**外泊時や退院後は訪問**を行い、状況確認や相談対応を行っていった。また、NICU病棟や退院後の**医療機関、訪問看護事業所とも連携**を図っていく必要がある。

福祉サービスや児童の通所利用の希望があった場合は、**相談支援専門員がコーディネーター**として関わっていくことになった。ただし、重症心身障害児に関わる機会が殆どない相談支援専門員も多く、医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員はまだまだ数が少ないため、引き続き保健師や医ケア児アドバイザーの協力を得ながら、関係機関と情報を共有して連携を図っていく必要がある。

療育施設や医療機関等に転院する場合

NICU や小児科病棟から自宅へ退院する以外に、療育施設や自宅に近い医療機関等に転院し、入院治療を行いながら医療ケアや在宅支援サービスを調整してから自宅へ退院する場合があります。特に在宅医療を必要とする重症心身障がい児の場合は、子どもの発達支援や家族状況を考慮したサービスの調整が重要となってきます。

療育施設では、通所支援、リハビリテーション、短期入所、訪問介護など、在宅生活を継続するうえで重要な支援を行っています。療育施設へ転院する場合は、転院前に子どもの状態が急変した時の入院対応など医療支援体制を明確にしておくこと、医療機関と療育施設が継続して連携していくことが重要です。

<ポイント>

転院しない場合でも療育施設の利用を念頭においてサービスを調整していくことが重要です。

上記に記載があるような様々なサービスをパッケージしています。2 次的な医療機関としても期待されます。

転院前にできるだけ早い段階で療育施設、行政などの関係者を集めて退院調整会議を行います。

コラム「ピアサポートについて」



意思決定支援の一環として、あるいは在宅療養イメージを膨らませるための手立てとして、ピアサポート活動に取り組んでいる医療機関や自治体、事業所も増えてきました。病院が主体で家族同士のつながりを支える取り組みや、市町村・保健所保健師や相談支援専門員などを介して、地元で在宅療養されている家族同士をつなぐ取り組みも行われています。

医療的ケアを必要とする子どもの家族は、外出が容易でないことや感染へのリスクを避けるため、社会とのつながりができにくく孤立しやすい傾向にあります。また、医療的ケアを必要とする子どもは、保育園、幼稚園への就園が容易ではなく、特に、主たる養育者である母の就労が難しい現状もあります。

最近では SNS の普及もあり、家族同士が比較的スムーズにつながりやすくなりました。疾患や障がい、早産など、同じ境遇の家族同士が集まってイベントや勉強会を開催して、当事者間で盛んに情報交換などが行われています。

「Peer(ピア)=同じような立場の仲間」の自宅を訪問したり、実際に会って話を伺うことで、困りごとや日頃の工夫、生活リズムや家族の役割分担、医療的ケアのスケジュール、医療材料や医療機器の実際等々、家族同士だから語り合える「思い」や「言葉」を共有できる機会になっています。

●新潟県医療的ケア児支援センターゆい・にじいろ

※R4.4.1 県委託（実施主体：新潟県）

（業務内容）

- ・ 医療的ケア児等※1 及びその家族、支援者への相談支援
- ・ 医療、保健、福祉、教育、労働等関係機関等との連絡調整
- ・ 関係機関等への情報提供及び研修（医療的ケア児等コーディネーターの養成※2 など）

※1…「医療的ケア児等」とは、人工呼吸器を装着している障害児者その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児者および重症心身障害児者をいう。

※2…「医療的ケア児等コーディネーター」とは、医療的ケア児が必要とする保健、医療、福祉、教育等の多分野にまたがる支援の利用を調整し、総合的かつ包括的な支援の提供につなげるとともに、医療的ケア児に対する支援のための地域づくりを推進する役割を担う。※各市町村に配置を目指し、養成中。

●医療的ケア児の相談支援体制について

- ・ NICU 退院時より保健師、訪問看護、医療的ケア児等コーディネーター、相談支援専門員、その他関係者が連携し、医療的ケア児等及びそのご家族の在宅生活を支援することを目指している。また、新潟県医療的ケア児支援センターは支援のバックアップを行う（体制づくりの助言など）

スタッフは、重症心身障害児者・医療的ケア児者アドバイザー、保健師、看護師などで、新潟県の体制づくりを進めています。
各地域の医療的ケア児等コーディネーターの育成・サポートを担っています。

〒940-2135 長岡市深沢町 2278-8

長岡療育園/新潟県医療的ケア児支援センター「ゆい・にじいろ」

Tel:0258-89-6544 Fax:0258-47-3535

E-mail:i.care-center@nagaokafk.com



【事例3】 退院後も継続した家族への育児支援や心理的フォローが必要な場合

支援のポイント

- ・適切な時期のスクリーニングとカンファレンスで**退院調整の必要性を共通認識**できたため、早期退院調整に繋がった。
- ・父親と面談を行ったことで、家族内での協力体制の検討を促すことができた。
- ・**保健師が入院中から関わり**、母親が地域でのサポート体制を理解できたことが退院への意思決定の後押しとなった。
- ・医師や支援者と確認をしながら早期に療育施設と連絡、調整を行うことができた。

入院経過

月齢 2 か月 女児（第1子）
父親（40歳代前半、会社員、仕事は忙しく帰宅時間も遅い）
母親（30歳代後半、会社員、育児休暇は1年間取得予定）
母親の実家は市外で母方祖母は母親の兄家族と同居中、
父親の実家は近隣で
祖父母は70歳代後半



開業医にて妊婦健診を受けていたが、妊娠32週で胎動微弱となりF病院に母体搬送され胎児機能不全のため緊急帝王切開にて出生。1,200g台の極低出生体重児及び特有顔貌から染色体検査を行い、**21トリソミー（ダウン症）と診断**された。他の合併症はなかったが、無呼吸発作と哺乳不良で経過観察が必要であった。母親は出生後に診断を聞き、泣いていた。面会は、居住地が遠方のため2~3回/週程度だったが、「かわいい、抱っこできてうれしい。」と愛着行動も積極的にとれていた。主治医から退院についての話が出ると、母親は同席した看護師に退院後の育児や今後の生活への不安を話した。

退院スクリーニング

<初期スクリーニング：入院後1日目に実施>

出生時の基礎疾患（出生体重1,500g未満、染色体異常にチェック）、家族構成（核家族にチェック）から退院調整が必要となる可能性があるかと判断され要退院支援となった。

<再スクリーニング：コット移床時と退院についてのIC後に実施>

児の状況（哺乳・体重増加に観察が必要、継続する障がいチェック）、両親の育児状況（言葉で不安を表出にチェック）、退院後の養育環境（同居家族の協力が得られにくいチェック）から要退院調整と判断された。

<医療機関で把握している問題>

- ・哺乳が緩慢
- ・筋緊張低下により自らの表現が乏しい
- ・家族の育児手技の習得が不十分
- ・退院後の母親の**精神的・身体的サポート**の不足が心配される

<退院に向けての主治医からの説明>

呼吸状態が未熟で低体重で生まれたため保育器で管理した。まだ哺乳中・入眠中の無呼吸が見られる。呼吸状態が安定し哺乳が上達し、体重が増加すれば退院可能と判断される。育児は普通で良い。ダウン症は発達がゆっくりだが伸びていく場合も多い。適切な時期に療育が開始できるよう、退院後に療育施設の受診をすすめる。全国・地域での家族会などもある。

<家族の希望や受け止め>

<父親>

「自分は仕事が忙しく、自分の両親も高齢で育児を手伝ってあげられないから妻が心配。ダウン症については、今からいろいろ心配しても仕方ない。何か問題が生じた時にその都度考えていくしかない。」

<母親>

「飲ませるのがうまくないから、**退院後ちゃんと体重が増えるか心配**。ダウン症の子どもを育てていけるのか不安。1年後に仕事復帰できるのか？保育園に入れるのか？みんなどうやって育児をしているんでしょうか？」

<退院調整のアセスメント視点>

1. 医療的アセスメント

- ①退院後の哺乳状況・体重増加の確認が必要
- ②療育施設へ療育の依頼が必要
- ③かかりつけの小児科医へ予防接種や感染症対応などの依頼が必要

2. 家族に関するアセスメント

- ①家族内での協力体制の検討が必要
- ②母親の心理的フォロー必要
- ③退院後も、相談対応や情報提供などの継続した支援が必要

3. 地域連携のための調整事項

入院中早期から保健師と連携し退院後の支援体制を整える。

<意思決定のための支援>

<1回目>退院についてのIC（両親、主治医、PNs、退院支援看護師）

- ・両親に退院への不安と退院後の家族生活への希望を確認した。
- ・育児手技習得のために面会回数を増やすことを提案した。
- ・**地域で相談対応してくれる保健師の役割を説明し、入院中から関わっていくことについて同意を得た。**

<2回目>父親と面談（PNsが面談。仕事帰りに父親のみで面会に来た時、子どもを抱っこしてもらいながら実施した。）

- ・母親の不安についてどう感じているか傾聴した。
- ・家族内での協力体制の検討が必要であることを説明した。

<3回目>母親と面談（その日の担当看護師が面談。母親は授乳が終わって子どもを抱っこしながら実施した。）

- ・両親で話し合ったことを傾聴。「休日は父親も一緒に育児を行い、食事など家事は義母が担ってくれることになった。」「先のが心配だったけど先日保健師さんと電話で話して、**退院後もいろいろ相談にのってもらえるみたいだから少し安心した。**」「授乳はやっぱり心配。」と話される。
- ・退院への意思決定を確認できたが、授乳への不安が強かった。

<退院支援計画の主な内容>

- ・育児手技習得のための指導・支援
- ・家族内での協力体制の検討・支援
- ・退院後、担当保健師による早期訪問支援と継続した保健指導
- ・療育施設（専門的なりハビリテーション、医療機関）への紹介

-MEMO-



○連携の実際

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
入院当日 5日目 10日目 16日目 20日目	<p><初期スクリーニング> 基礎疾患から要退院支援となった。</p> <p>看護カンファレンスで PNs と退院支援看護師含め情報共有を行った。 主治医が養育医療意見書を作成し母親へ渡した。</p> <p><院内カンファレンス> 入院から2週間後に染色体検査の結果が届き、両親に説明した後にカンファレンスを実施した。両親、特に母親の精神的フォロー、退院後家族内のサポートについて情報収集をしていくこと、早期から保健師介入が必要になってくることを共通認識した。 PNsと退院支援看護師で退院支援計画書の作成を開始した。</p>	<p><退院支援と退院調整について説明> 「担当の保健師さんがいるんですか？分かりました。」 「小さくて触るのが怖いです。」</p> <p><母親の退院日> 「まだ体が本調子でないし、家も遠いので面会は2~3回/週になりそうです。搾乳もがんばってみます。」</p> <p><染色体検査結果の説明> 「私のせいでしょうか。」(涙) 子どものベッドサイドで「ごめんね。」(涙)</p> <p><カンガルーケア時> 「かわいいです。気持ち良くて寝ちゃいそうです。」</p> <p><保健師への情報提供について説明> 「役所に行った時にお話した人かな？よろしくお願いします。」</p>	<p>母親が養育医療の申請に来た際、保健師が面接相談を行った。 子どもが入院中でも産婦への訪問支援が受けられることを説明し、助産師による訪問の手続きを行った。</p>
<p>ネットワーク連絡会</p> <p><情報交換> NICU：子どもの病状と経過、家族状況、母親の面会頻度・育児状況 保健師：養育医療申請時の面接相談内容</p> <p>保健師より退院前に NICU 面会の希望あり、退院の目的が付いたら退院支援看護師が担当保健師へ連絡し日程調整することとなった。それまで保健師は母親へ電話訪問を行いながら支援し必要時退院支援看護師と連絡をとっていくこととなった。</p>			
30日目 35日目 導入	<p><コット移床> <再スクリーニング> (PNs) 直母を含めた授乳と沐浴指導を開始した。吸綴が弱く直母量が少ないため、搾乳したものと不足分はミルクで補充した。</p> <p><退院に向けての IC> <再スクリーニング> (PNs)</p> <p><意思決定のための支援> P80 参照 PNs、退院支援看護師同席</p>	<p><コット移床し育児指導開始> 「ぜんぜんおっぱいが飲めないですね。泣いているのを見たことなく、飲ませるタイミングとか分かるようになるんでしょうか？」</p> <p><退院に向けての主治医からの説明> P81 参照</p> <p><意思決定のための支援> P82 参照</p>	<p><制度・サービス等について検討> 本児の場合、この時点で利用できる障害福祉サービスはない。通常の保健福祉サービスの中で支援を展開し個別ニーズに応じていく工夫が必要であった。</p> <p><産婦訪問> 保健師が母親へ電話連絡、その際母乳育児への不安を漏らしていたため、助産師と保健師が同行して訪問支援を行った。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
40日目 退院移行期	<p><院内カンファレンス> 退院に向けてのIC後に実施した。母親の育児手技習得状況、家族内のサポートについて情報共有した。</p>	<p>哺乳状況確認し、自律授乳となった。ただし、3時間以上覚醒しないようであれば、起こして哺乳させることとなった。</p>	<p><退院支援看護師が保健師へ連絡> 退院支援看護師から母親の育児習得状況、退院の目途など院内カンファレンスで検討した内容について説明し、保健師からは助産師訪問の状況について情報提供した。</p>
43日目	<p>退院目途、母子同室について検討した。 保健師のNICU面会や退院調整会議の必要性について共通認識した。 退院支援計画書の評価・修正を行った。</p>	<p><退院支援看護師が母親へ保健師のNICU面会と退院調整会議を説明> 「保健師さんが面会に来てくれるんですか？ よろしくお願ひします。」</p>	
45日目	<p>退院支援看護師が保健師のNICU面会、退院調整会議の日程調整</p>		
53日目	<p>母親へ退院支援計画書を用いて調整内容について説明した。</p>		<p>退院調整会議の前にGCUで子ども・母親・父親・母方祖母と面会。</p>
退院調整会議	<p><参加者> 家族：両親、母方祖母 院内：NICU（主治医、PNs、看護師長）、小児科病棟看護師、退院支援看護師 地域：担当保健師</p> <p><内容> 情報交換（病状、今後予測される経過、家族の状況、母親の不安）退院後の支援体制と連携体制について検討した。</p>		
	<p><結果> 退院前に小児科病棟にて母子同室し体重増加・哺乳状況を確認することとなった。 退院後の発育フォローは当院小児科外来で行い1回/月受診すること、初回の外来受診は退院してから3週間後となり、1～2週目に保健師による訪問支援を行うこととなった。予防接種、発熱・風邪症状などはかかりつけの小児科医で対応してもらおう。保健師から近隣の小児科医が紹介され、かかりつけの小児科医を決めた。心配なことがあったら、NICUに連絡してもらいアドバイスを仰ぐことは可能であると両親に説明された。発達・リハビリテーションはG療育施設でフォローしてもらおう予定で、紹介状を持って退院後早めに受診し、その際保健師も同行することとなった。 保育園入園については、保健師が相談対応し、時期を見て他職種と連携して入園のサポートをしていくことが母親に説明された。</p>		
65日目	<p>会議後、日程調整し小児科病棟へ転棟、4日間母子同室した（病院の状況にあわせ日数を変更する）。 PNsが新生児等退院支援連携票を作成し送付した。 退院支援看護師が保健師へ電話で退院する旨を報告した。</p>	<p><母子同室 初日> 「24時間一緒にいるのは初めてなので緊張します。特に夜が心配です。」 <母子同室 3日目> 「飲ませるタイミングとか、だんだん分かってきました。」 啼泣がなくても、もぞもぞし始めたら母親が自主的に哺乳させ、体重増加を確認でき、退院となった。</p>	<p><退院支援看護師が保健師へ連絡> 母子同室の状況、及び退院日決定を連絡した。</p>
69日目 退院	<p>母親の授乳方法で体重増加を確認し退院した。</p>		

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
<p>69日 退院</p> <p>在宅 移行期</p>	<p>退院後、保健師から初回訪問の状況について退院支援看護師へ連絡があった。</p> <p>保健師からの情報を外来主治医と共有した。</p> <p>母親の不安もあり、外来受診は1回/2週とし、発育・発達のフォローを行った。体重増加は緩やかだが経過観察とし、母親の頑張りを支持した。</p> <p>主治医が療育施設への紹介状を母親へ渡した。</p>	<p>「保健師さんが、実際に家庭でどうすればいいか相談にのってもらえるので良かった。」</p>	<p>退院1週間後に保健師が家庭訪問、子どもの体重の増えや哺乳状況、母親の不安等について訪問結果を退院支援看護師へ電話連絡した。</p>
退院			
療育施設への保健師の同行受診			
<p>「療育施設では保健師さんが家庭でどうしたらいいか質問してくれたのでわかりやすかった。訪問で確認してくれ、療育施設にも連絡してくれるので助かる。」</p> <p>療育施設に同行し、一緒にリハビリテーションの説明を聞く。1回/月で理学療法開始した。保健師と療育施設が連絡を取り合い指導・支援の統一を図った。保健師は同行時に理学療法代表者と顔合わせを行い、今後も情報共有を行うことを確認した。</p>			
退院後3か月頃（生後5~6月 修正月齢4月）			
<p>継続期</p>	<p>退院後の評価のため、退院支援看護師が外来受診時に母親と面談を行った。</p> <p>体重増加が順調となってきたこと、地域支援を受けながら母親の育児不安が軽減してきたことから、外来受診が1回/月となった。</p>	<p>「まだ『普通の育児』はわからないが、この子の成長に合わせるといことなのかも知れないと思い始めている。」「祖父母はかわいがってくれる。まだ小さいので、短時間なら預かってくれて助かっている。」</p> <p><地域の家族会に両親で参加></p> <p>「先輩お母さんから赤ちゃんの時の苦労話を聞き、自分と同じことで悩んだり不安だったことがわかった。」「他のお子さんともふれあうことができ、こんなふうにな大きくなっていくのかな？とイメージできた。」「生活のことをいろいろ相談できたので、今後も参加していきたい。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・療育施設での訓練：1回/月 ・保健師の家庭訪問：1回/月 ・必要時産後ケア事業や訪問看護の利用を紹介（P36参照） ・集団が対象の保健事業（乳児健診や育児教室）への参加は、母親のストレスが高いため強制せず、家庭訪問で子どもの発達や発育を確認し、育児指導を行った。また、予防接種計画を確認しスケジュール管理を支援した。 <p>3回目の家庭訪問では、母親へ地域の家族会への参加を勧めた。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
退院後 6 か月頃 (生後 8~9 月 修正月齢 7 月)			
	<p>1 回/月の外来受診で、発達・発育をフォローし、家族の相談対応を行った。</p>	<p>母親「まだ首が据わらない。離乳食もあまり食べてくれない。発達に個人差があるということは分かっているが、この子の発達がどうなるのか具体的な説明がなくて不安になる。」</p> <p>「保健師さんが家庭訪問や電話で相談のってくれ、その時は少しほっとする。」「育児休業も残りが少なく復職できるか心配。できれば、仕事をやめるのは避けたい。」</p> <p>父親「発達が遅れていることは仕方ないと思う。療育施設で医師の説明があるときは、必ず夫婦で行くようにしたい。」「妻の仕事については、本人の判断に任せたい。仕事を続けるならば、もっといろんな人からサポートが必要だろう。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師の家庭訪問 (1 回/月) や電話相談 ・療育施設での理学療法 (1 回/週~月) ・親の会のつどい (1 回/月くらい) <p>保健師は発育・発達の遅れ、離乳食の進め方など、母親の不安を受け止め具体的な工夫点を提案しながら支援した。療育施設と連絡をとり、発達の目安を示し、家庭でできることを指導し評価を行うことで、母親の不安軽減に努めた。</p> <p>また、母親の復職に向けて保育所の情報提供と育児休業の延長について相談に応じた。</p>

結果

退院後は初回受診まで、母親から 1 回だけ排便コントロールについて NICU に電話相談があった。

退院直後は哺乳状況や体重増加の不安もあり、保健師と医療機関とで情報共有しながら統一した指導・支援に努めた。

保健師は、退院 1 週間後に初回訪問、その後は 1 回/月の家庭訪問を継続し、その他電話での相談対応、療育施設への同行、家族会の紹介などにより継続支援を行った。

出産前、母親は子どもが 1 歳になる頃に職場復帰をする予定であった。子どもの状態、母親の希望、家族の支援状況を確認しながら保健師がコーディネーターとなって療育施設、保育園、他の行政担当者と検討している。

まとめと評価

「退院に向けての IC」の後、PNs と退院支援看護師が両親と面談を行い、母親の不安をすくい上げ、退院支援スクリーニング票を用いて要退院支援と判断できた。また、PNs が中心となり看護師が時間をかけて再度両親と面談を行ったこと、**退院前に保健師が支援を行ったこと**が、意思決定において重要だったと考える。

退院調整のフロー図がシステム化されていることで、院内カンファレンスで退院調整について話し合わせ、保健師の早期介入の必要性について共通認識を持たせた。

退院支援看護師が調整役となり、**未熟児等支援ネットワーク連絡会、退院調整会議、保健師と電話によるタイムリーな情報共有**を行ったことで、保健師の早期介入がスムーズに進んだと考える。

退院前に母子同室を行ったこと、退院後保健師が早期に家庭訪問したことにより、母親の退院後の不安を軽減できたと考える。

退院後は保健師がコーディネーターとなり、医療機関・療育施設と連絡を取り合いながら支援していった。保健師の関わりでタイムリーに家族会に参加することができ**ピア支援者**(同じような立場の人によるサポート)を得ることができた。

第 1 子であり育児経験がない両親には「普通の育児」のイメージができないと考えてよい。また、ダウン症・早産児では退院後も継続して関係機関が支援していく必要があることから、NICU における退院調整が重要であると言える。

【事例4】 妊娠期から、医療機関と地域の連携が必要な場合（特定妊婦）

支援のポイント

1. 妊娠早期から本人、家族とのコミュニケーションをとり信頼関係を構築する。
2. 特定妊婦と把握されたら、**妊娠中から早めに地域と連絡**を取り、連携して支援を行う。
 - ・ 病院と地域で情報共有を行いながら、妊産婦の心身の状態、家族の支援体制、課題となること等を共通認識する。
 - ・ 病院と地域で連携を取り、妊産婦のニーズに合わせて必要な支援を検討する。
3. 精神疾患の現病・既往歴のある妊婦は**妊娠・出産・子育てにより精神疾患が悪化しやすい**ので、現在の症状が安定していても、**妊娠中から早めに地域と連絡**を取り、**地域の保健師等と連携しながら支援**していく。

入院経過

Gさん（母親）：33歳（無職）
夫（父親）：35歳（土建業）
夫婦は2人暮らし
Gさん（母親）の実家は近所であるが、
Gさん（母親）の実母はリウマチで服薬中である。
夫（父親）の両親は他界している。



Gさんは2度の流産を経験して以降、うつ病と診断され服薬治療を受けていた。今回妊娠し、H病院の産科管理となる。妊娠以降はGさんが胎児への影響を心配し、服薬を自己中断していた。しかし、つわりがひどく精神状態が悪化し、妊娠中期には無気力状態となった。妊婦健診で**出産後の育児に不安を訴えていた**ことから、H病院のMSWが介入し市と連携を開始した。MSWから連絡を受け保健師が家庭訪問した際、Gさんは泣きながら育児不安を訴え、自己と子どもへの否定的な発言も聞かれたGさんは体調不良から妊婦健診に来院しない時もあり、また睡眠障害にて睡眠薬を指示量より多く内服したことから、H病院精神科を受診し服薬治療を再開した。

妊娠39週2日陣痛発来、分娩所要時間4時間で2,300gの男児を正常分娩で出生、子どもは薬物離脱症状観察のためGCUに入院した。子どもは初め易刺激性が見られたが、明らかな離脱症状はなく哺乳も良好であった。

母乳は相談のうえ、Gさんの精神状態、服薬状況から初乳のみとした。Gさんは**産後に不眠、倦怠感等を強く訴え**、ほとんど子どもの面会に来ることができず、面会しても表情は硬く子どもを見つめるのみだった。出生後、夫は仕事を休み毎日、実父母は1日おきにGCUに面会に来て育児指導を受け愛着もよかった。

—MEMO—



妊娠期～産後に産科で実施したスクリーニング

<初期スクリーニング（妊娠中期の産科外来で実施した初回保健指導にて）>

- ・産後、精神症状の悪化が予想される。実母も持病があり、**家族内での育児サポートが受けられない可能性がある。**
- ・夫（父親）の収入が不安定である。
- ・出産前から家族支援を調整し、**MSW に介入してもらい行政と連携を図っていく必要がある。**

<再スクリーニング（産後2日目産科病棟にて）>

- ・正常分娩であり、産後の身体的問題はない。
- ・子どもへの愛着行動が不足している。不眠、倦怠感等を訴え産後の精神状態が悪化傾向にある。母親が主体で育児遂行は不可能と考えられ、子どもの退院日までにサポート体制を整える必要がある。

<妊娠期に産科外来・MSW が把握している問題>

- ・産後の育児が困難となる可能性がある。
- ・実母に協力を得る必要がある。
- ・うつ病に対して夫は理解しているが症状悪化に対し困惑している。
- ・夫（父親）の収入が月々不定で経済的リスクがある。

<妊娠期に保健師が把握している問題>

- ・妊娠中の状況から出産後の育児は困難となることが予測される。
- ・Gさんの実母はリウマチで内服治療中、全面的な育児支援は困難が予測される。実父は健康だが育児経験がほとんどなかった。

<本人・家族の希望や受け止め>

Gさんは流産の経過があるため、家族ともに今回の妊娠をとっても喜んでいた。

<Gさん>

うつ病の悪化から「母親になるのに何もできない。母親に育てられない子どもは不幸だ。」と話し、子どもの存在に否定的だった。

<夫>

妻のうつ病が悪化したことに対して「自分もどうやって妻を支えて良いかわからない、疲れてしまう。」と困惑していた。「妻のことも、産まれてからのことも心配です。育児はできるだけ一緒にやりたいが妻が育てられる状況になかったら、子どもを預かってもらうこともできますか？」「子どもにどれくらいのお金がかかるか、経済面でも心配だ。」

<実母>

「可能な限り手伝いたいが、私もリウマチで抱っこも危ないしどこまでやれるか心配。」

<アセスメント視点>

1.母親に関するアセスメント

- ①うつ病の治療が再開できるような精神科受診の調整が必要
- ②休息、睡眠がとれるような環境づくりが必要
- ③Gさんの心の安定が子どもにとって大切であることを理解できるような支援が必要
- ④出産後の育児能力を確認する
- ⑤社会保障制度の申請が可能か確認する必要がある

2.家族に関するアセスメント

- ①家族のサポート力の把握が必要
- ②Gさんと夫の経済状況について把握が必要
- ③実父母のサポートと市での継続支援を受けられるよう、相談対応が必要

3.地域連携のための調整事項

- ①出産前から地域と連携し支援体制を整えることが必要
- ②ヘルパーや訪問看護などのサービス利用が可能か検討する。

<Gさんへの妊娠期の支援>

<産科外来>

妊婦健診時に情報収集と保健指導・相談を実施し不安の傾聴に努めた。Gさんの体調をみながら家族へベビー人形を使用して育児指導を実施し産後の育児のイメージがつかめるよう支援した。睡眠や体調を考慮しながらの育児や母乳の与え方等について家族と一緒に検討した。入院環境に対応できるように入院病棟、分娩室等の案内を実施した。精神科受診と受診後に治療方針や対応の統一に向けて多職種カンファレンスの調整を行った。

<保健師>

退院後の生活に向けて、妊娠中から関わり、家族内及びサービスの調整（児童福祉担当課、福祉担当課との連携）を図った。

出産後のGCUで実施した退院スクリーニング

<初期スクリーニング：出生日に実施>

子どもの基礎疾患なし、母親の精神疾患にチェックがつき、要退院支援と判断された。

<再スクリーニング：コット移床し生後2日目（育児指導開始時）に実施>

- ・Gさんの育児能力、育児不安、愛情表出にチェックがつき、要退院調整と判断された。
- ・経済面で不安を訴えていたが、出産前に医療費等の社会保障制度について説明を受け、不安消失した。
- ・実母の身体障がいチェックがついたが、育児支援は可能な状況だった。

<産科病棟で把握している問題>

- ・身体的には産後の経過は問題ないが、ナースコールが頻回で不安、不眠を訴え精神状態が安定していない。
- ・家族に促され3回面会に行ったが、子どもに関する発言は否定的で母親の役割遂行が困難である。

<GCUで把握している問題>

- ・母親への育児指導は困難である。
- ・子どもへの愛情表現がほとんどなく、退院後の育児放棄が心配される。
- ・夫と実父母の子どもへの愛着は良いが、育児手技習得には時間がかかることが予測される。
- ・実母は沐浴・長時間の抱っこは困難だが、他の育児は可能である。

<家族の希望や受け止め>

<Gさん>

「産んだ実感がわからない。赤ちゃんを見てもなんとも思わない。」

子どもが搾乳した初乳を飲んでいのを見た時は「変な感覚だった。」

<夫>

「かわいいですね。頑張って育児覚えませす。」

<実母>

「できるだけ手伝ってあげたい。身体に負担がかからない育児の方法ってありますか？」

<アセスメント視点>

1. Gさんに関するアセスメント
 - ①Gさんへの育児指導は実施せず、面会時は傾聴・支持的な関わりが必要
 - ②Gさんの面会時に初乳を飲ませられるよう可能な限り調整する。
2. 家族に関するアセスメント
 - ①実母の身体的負担を最小限にできるような育児方法を検討し指導が必要
 - ②実父母の育児習得に時間がかかるため、入院期間延長の検討が必要
3. 地域連携のための調整事項
 - ①市へ情報提供票を送る。
 - ②市保健師へ連絡し GCU 面会、退院調整会議実施について検討する。

<出産後の家族支援>

<産科病棟>

- ・Gさんの訴えを傾聴し、不安の解消に努めた。

<GCU>

- ・Gさんの面会時は可能な限り落ち着いた環境となるよう配慮した。そばに寄り添いGさんの言動に対応した。
- ・退院後の育児を担う実父母の相談対応を行なった。沐浴は実母の負担を考慮し、夫と実父に指導した。授乳や抱っこは祖母が楽な方法を一緒に検討した。祖母の負担が軽減されるよう、家事も含め家族内での役割分担について一緒に検討した。

<退院支援計画の主な内容>

- ・家族内での協力体制の検討・相談支援
- ・社会保障制度等を活用しGさんへの支援を検討
- ・担当保健師と連携し地域関係機関による支援体制を整える。

○連携の実際

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
妊娠中期	<p>産科外来で妊娠中期の保健指導は実施した。</p> <p><初回リスクアセスメント> Gさんの病状から特定妊婦と判断し、MSWへ介入を依頼した。</p> <p><MSWはGさんと夫に面談> ・担当保健師の介入について説明し了解を得た。 ・担当保健師へ連絡し情報共有を行った。 ・精神科受診が必要であり、かかりつけ医から紹介状をもらってくるよう説明した。</p> <p><院内カンファレンス> 主治医、外来助産師、病棟師長・助産師、MSWが参集し情報交換と支援の方向性を検討し以下を決定した。 ・精神科受診を調整する。 ・Gさんの社会保障制度等の申請状況を確認しサービス導入を検討する。 ・Gさんと家族、地域関係者を含めた話し合いの場をもうける。</p> <p><妊婦健診の保健指導> 本院精神科を受診できるよう手続きした。</p>	<p><夫婦で保健指導を受けた> <Gさん> 「母親になるのに何もできない。母親に育てられない子どもは不幸だ。」 保健師の介入について「はい、お願いします。」 <夫> 「自分もどうやって妻を支えて良いかわからない、疲れてしまう。」と困惑していた。 「育児はできるだけ一緒にやりたいが仕事もあるので限界がある。」「産まれてみないと予測がつかない。」「自分の月収が決まってなくて日雇いみたいなもの。子どもにどれくらいのお金がかかるか、経済面でも心配だ。」</p> <p><妊婦訪問> <Gさん> 「私が子どもを育てて良いのでしょうか。」 <夫>（玄関先で） 「妻のことも、産まれてからのことも心配です。妻が育てられる状況になかったら、子どもを預かってもらうこともできますか？」</p> <p><保健指導（Gさんと実母で受診）> 精神科の紹介状を持参。「先日、不眠のため睡眠薬を指示量より多く内服した」と祖母が心配していた。</p> <p><精神科受診> 服薬治療、睡眠、休息が大切であることが説明され、服薬治療が再開となった。Gさんは「自傷行為はしない。」と約束した。</p>	<p><妊婦届出受理>（母子健康手帳と妊婦一般健康診査受診券の交付）、担当保健師が面談を行った。 面談後、面談結果を病院関係者と共有した。</p> <p><MSWから担当保健師へ連絡> ・医療機関での妊婦健診、担当保健師との面接の状況を共有した。 ・妊婦訪問がうけられることを説明し訪問の調整を行った。 ・自立支援医療の受給の有無・障害者手帳の有無などの確認を依頼した。</p> <p><妊婦訪問1回目> ・現在の体調、赤ちゃんへの思い、退院後の生活について確認した。 ・Gさんのつらい気持ちを傾聴した。 ・自立支援医療を受給していることで、その公費制度を活用してヘルパー利用や訪問看護をすることも可能であること、一次的に乳児院に子どもを預ける方法もあることを伝えた。 ・上記訪問結果を医療機関に情報提供した。 ・MSWと共に訪問看護利用の手続きを開始した。</p>
妊娠後期	<p><妊娠後期の保健指導> 精神的には比較的安定してきたことを確認した。</p>	<p><保健指導（Gさんと実母で受診）> 「少し眠れるようになったが出産後のことを考えると気持ちが落ちる。」</p>	<p><妊婦訪問2回目> 出産や育児の物品の準備状況や育児環境の確認を行った。</p> <p><MSWから担当保健師へ連絡> 出産前調整会議開催について連絡し、地域側の参加者を調整していただくよう担当保健師に依頼した。</p>

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
出産前調整会議	<p><参加者> 院内：産科・GCU・精神科主治医、産科・GCUの看護師長・PNs、臨床心理士、MSW、NICUコーディネーター 地域：担当保健師・児童福祉担当者・担当訪問看護師</p> <p><内容> 情報交換（Gさんの病状と治療上の留意点、家族の状況）、退院後の支援体制と連携体制について検討した。</p> <p><結果> ・Gさんの精神状態と家族の状況から、家事援助が必要であったため、市町村の福祉担当課へ行きサービスの利用申請を行うこととした。また、訪問看護の利用も開始することとした。今後の状況により乳児院に入所することも検討する。 ・出産後、子どもの退院前に再度退院調整会議を行い、支援体制の最終確認を行うこととする。 ・医療機関での相談窓口等の確認</p>		
入院・出産			
0 生日	<p><GCUで初期スクリーニング> 産科病棟がMSWに正常分娩したことを連絡し、MSWは担当保健師に連絡した。</p>	<p>妊娠39週2日、陣痛発来し入院した。陣痛の痛みに伴い「もう無理、お腹切ってください。」と訴えたが分娩時間4時間で正常分娩した。</p> <p>「無事生まれたこと、途中くじけそうになったが最後まで頑張れたことがうれしい。立ち会ってくれた夫に感謝したい。赤ちゃんはかわいい。」と前向きな発言が聞かれた。</p> <p>子どもは薬物離脱症状の観察のためGCUに入院した。</p>	<p><MSWから担当保健師へ連絡> ・正常分娩で出生した。 ・子どもはGCUに入院した。 ・2回目の退院調整会議を行うことについて確認し、日程調整した。</p>
2 生日	<p><院内カンファレンス> 産科助産師、GCU看護師、主治医、臨床心理士、MSW、NICUコーディネーターでカンファレンスを行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> 産後の母親の身体的・精神的状態から退院後の育児が困難であると判断された。 家族へ育児指導をすすめると同時に、家族内での調整について支援が必要と判断された。 地域関係者と退院調整会議を行うことを確認した。 	<p>Gさんは不眠、倦怠感のほか産後貧血もあり体調の回復に時間を要した。</p> <p>産後2日目、GさんはGCUにいる子どもに面会した。搾乳した初乳を飲むのを見た時は少し表情が嬉しそうだったが、子どもが泣くと表情硬く見つめるだけで、夫に抱っこをすすめられたが「無理」と断った。</p> <p>産後3日目、Gさんは「赤ちゃんを見てもなんとも思わない。」と産科助産師に話していた。</p> <p><夫> 「かわいいですね。頑張って育児覚えます。」と育児習得に積極的だった。</p>	

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
3 生 日	GCU で子ども、両親、祖母と面会し、その後退院調整会議に出席した。		
退院調整会議	<p><参加者> 家族：夫、実母 院内：産科・GCU・精神科主治医、産科・GCU の看護師長・PNs、臨床心理士、MSW、NICU コーディネーター 地域：担当保健師・児童福祉担当者・相談支援専門員・担当訪問看護師</p> <p><内 容> 情報交換（G さんの産後の病状、家族の育児状況）、家族の意向を確認し、退院後の支援体制と連携体制について最終調整した。</p> <p><結 果> ・夫は「実父母のサポートを受けながら、自宅で子どもを育てていきたい」と希望し、実母も同意見だった。 ・家族の育児習得に時間を要するため退院を延期し、8 生日で退院する予定とした。 ・自立支援医療を受給により 2 回/週はヘルパーを利用し家事援助を受ける。訪問看護は 2 回/週利用し、母の精神状態の確認と育児サポートを実施予定。退院後 3 日目に担当保健師が家庭訪問を行い、その後も電話相談や 1 回/月は家庭訪問し、母親と祖母の支援を行う予定。 ・精神科は母親の 1 か月健診時に受診し、その後は近医でフォローしてもらう予定とした。</p>		
5 生 日	エジンバラ産後うつ病質問票（以下 EPDS とする）：19 点	夫・実母「訪問看護やヘルパーさんにもきてもらえるので、安心です。」 実母「1 日ずっとみているのは大変そうで、心配です。」	
7 生 日	家族の育児習得状況と退院が決定したこと、EPDS の結果について、MSW が担当保健師へ連絡し、継続支援を依頼した。	子どもは薬物離脱症状なく、体重増加・哺乳状況ともに順調に経過した。 夫は毎日、実父母は 1 日おきに GCU で面会し育児指導を受け愛着もよかった。	<MSW から担当保健師へ連絡> ・家族の育児習得状況 ・退院が決定した。 ・継続支援を依頼した。
退院			
8 生 日	<1 か月健診> ・G さんの産褥経過は異常なし。精神的には服薬でコントロール良好と判断され、今後は近医でフォローしてもらうことになり、紹介状が渡された。 ・子どもは発育経過順調であり、今後は地域の小児科医でフォローしてもらうよう説明した。	G さん「夜もなんとか眠れています。母も夫もやってくれるので大丈夫です。私もやれることは手伝ってます。」 実母「夜は眠れているので、大丈夫です。抱っこは痛みがでるのでおじいちゃんが担当です。」	退院 3 日目に担当保健師が訪問看護師と家庭訪問を実施。 ・G さんの精神状況、児の体重増加、哺乳状況等を確認した。 ・EPDS：9 点であり、入院時よりは落ちついている。 ・ヘルパーによる家事援助 ・訪問看護利用 ・訪問結果を MSW に連絡した。 地域の担当保健師は、ヘルパー・訪問看護師と情報共有、電話相談と 1 回/月の家庭訪問により継続支援を行った。

時期	院内調整	児・家族の反応	地域での調整
		<p style="text-align: center;">退院後 3 か月頃</p>	<p style="text-align: center;">退院後 3 か月頃</p>
		<p>子どもの成長発達は問題なし。 Gさん「最近夜泣きがひどく、ねむれない。何をしても泣きやまないことも多く、私が親になってはいけなかったのでしょうか。」 実母「最近子どもをみれないと横になっていることが多く心配です。」</p>	<p><3～4か月健診受診> ・保育園の早期入園を検討した。 ・精神科クリニック受診を早めるよう説明する。精神科クリニックにも訪問時の情報を提供した。</p>
<p>要保護児童対策地域協議会にて検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保育園入園を支援することとなった。 ・訪問時の状況を精神科医に伝え、内服薬調整となった。 ・その後も、ヘルパー・訪問看護師からの情報提供、電話・訪問による相談を継続した。 		
<p style="text-align: center;">退院後 6 か月頃</p>	<p style="text-align: center;">退院後 6 か月頃</p>		
<p>Gさんは夫、実母の育児協力も得て精神的には落ち着いてきて、少しずつ育児を手伝えるようになってきた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2回/週の訪問看護およびヘルパー利用の継続 ・保健師による家庭訪問（1回/月）や電話相談を継続しながら支援した。 ・状況変化の都度、要保護児童対策地域協議会にて検討していった。 		

結果

退院後は実母が中心となり育児を行い、沐浴と夜の授乳は父親、受診や買い物など移動は実父が行い、家族内で役割分担されていった。Gさんは病状に波はあるが、体調が良い時にミルクづくりや授乳ができるようになっていった。

母子の1か月健診後はH病院でのフォローは終了した。市が中心となって精神科クリニックと連携し支援を継続していった。

Gさんの退院後は担当保健師がコーディネーターとなり児童福祉担当者、ヘルパー、訪問看護師、精神科医など関係者と連絡をとりながら家族とも情報共有をしながら支援に努めた。

要保護児童対策地域協議会では関係者で支援策について検討し、保育園入園について支援することが決まった。

まとめと評価

産科外来でスクリーニングを行い、直ちにMSWが担当保健師へ連絡したことがスピーディーな支援体制の構築（出産前にサービスの申請を行い、退院直後からヘルパー支援を受けることができたなど）につながったと考える。

Gさんのように出産前から継続支援が必要と判断される場合は、妊娠期から地域と病院がタイムリーに情報共有しながら連携を図り支援チームを作っておくこと、妊婦や家族の相談対応を行ないながら支援体制を整えていくことが重要であると言える。

地域の様々なサービスを利用する場合

妊産婦への支援は、地域によってサービス・事業の実情に差があるので、病院と地域が連携しながら、妊産婦のニーズに合わせて、下記を組み合わせる支援していきます。

【自立支援医療、障害福祉サービス受給者証、障害者手帳、市町村の利用認定などで利用できる事業】

- 訪問看護（P35,36,63,108 参照）

妊産婦医療費助成、自立支援医療 等で利用可能

- 障害福祉サービス（P37,101 参照）

ヘルパーによる家事援助（調理、洗濯、掃除、生活必需品の買い物など）

- 特定妊婦等に対する支援（P35,37,38 参照）

市町村が下記の支援が必要と認定した場合に利用可能

養育支援訪問：保健師、助産師等の専門職が家庭訪問し、養育上の問題の解決や負担軽減を図るための支援をする。

子育て世帯訪問支援事業：訪問支援員が家庭訪問し、家事・子育ての支援を実施する。

【すべての方が利用できる事業】

- 産婦・新生児訪問・こんにちは赤ちゃん訪問

助産師・保健師などが家庭訪問を行い、赤ちゃんの体重測定、育児・母親の体調についての相談、保健指導を行う。

- 産後ケア事業（P36,101 参照）

出産後1年未満の母子に対する心身のケアや育児のサポートを行い、産後も安心して子育てができるように支援する。

医療機関などに宿泊や通所（デイサービス）して受ける支援と、自宅で助産師等の家庭訪問による支援がある。

