

### 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。

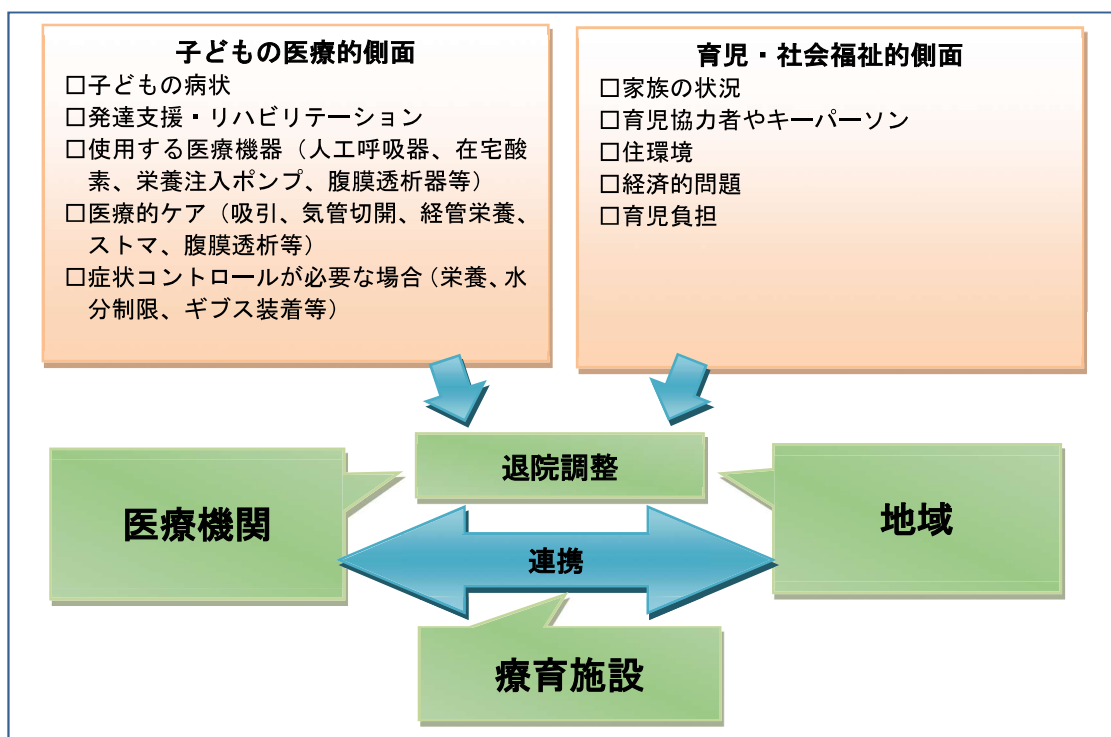
### 2) 周産期母子医療センターと市町村保健師の連携について

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。

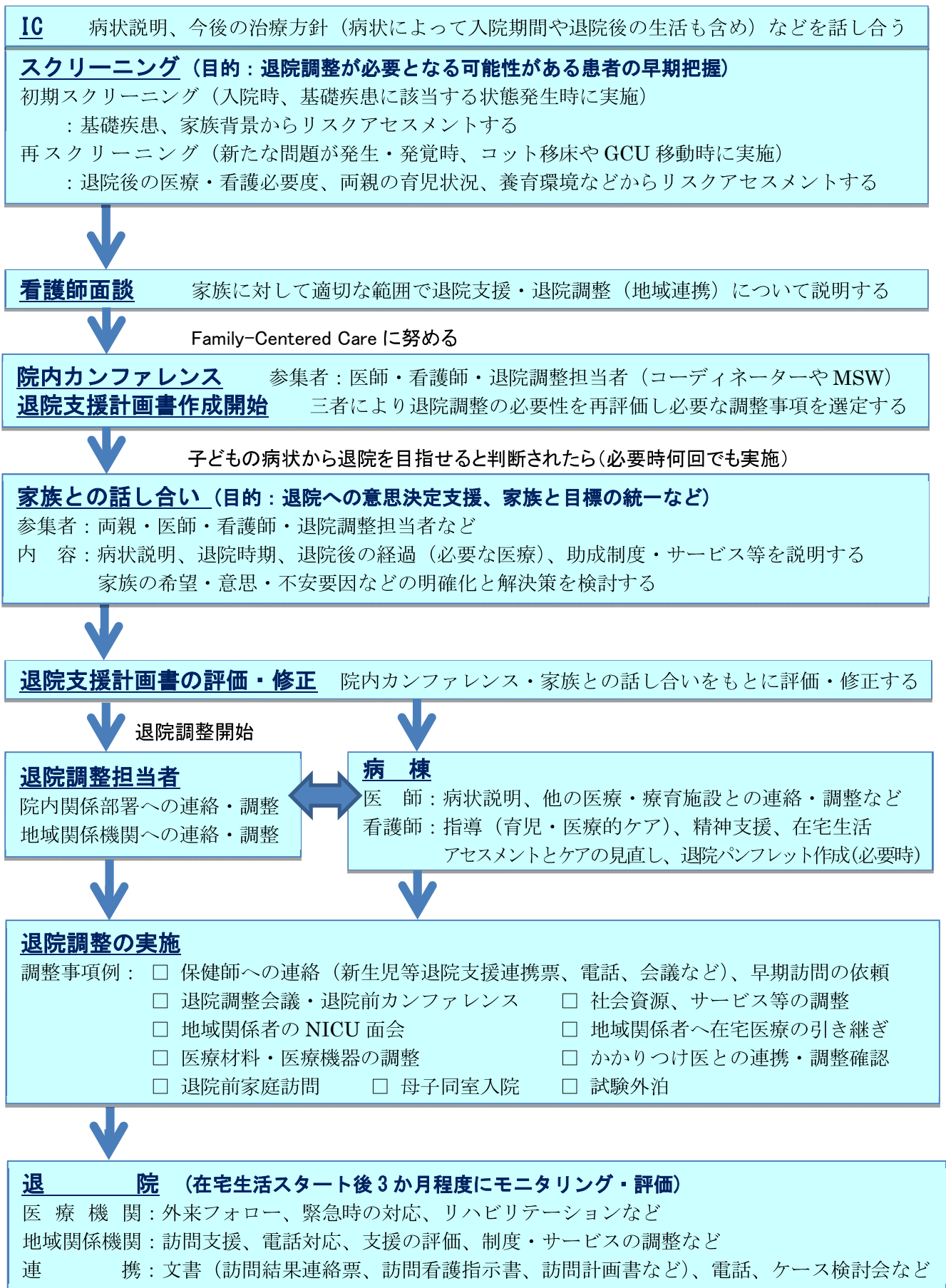
退院調整担当者(NICU 入院児支援コーディネーターやMSW)が、NICU での退院支援や育児支援と歩調を合わせながら、院内・院外の関係部署との連絡調整を行う。種々の支援を情報共有しながら進めていく。

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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>、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( )		
	<input type="checkbox"/> リハビリテーション、ショートステイ、入院対応などを依頼する施設を記載する。		
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。



早産児の場合に記載する。

<p>&lt;退院時の児の状況&gt;</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><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>&lt;入院中から退院時の家族の状況&gt;</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>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 口鼠径)</p> <p>特記事項(その他指導内容・医師の指示等)</p>	<p>&lt;地域担当者への依頼事項&gt;</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>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：浣腸は含めない 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>&lt;公費医療申請・手当&gt;</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>&lt;退院後のフォローアップ体制&gt;</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><input type="checkbox"/>他機関：( )</p> <p><input type="checkbox"/>子育て等支援外来：</p> <p><input type="checkbox"/>当院 予定日： 年 月 日</p> <p><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>&lt;入院中の担当者&gt;</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>&lt;地域関係機関からの電話連絡対応窓口&gt;</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> <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>

※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<sup>3)</sup>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。

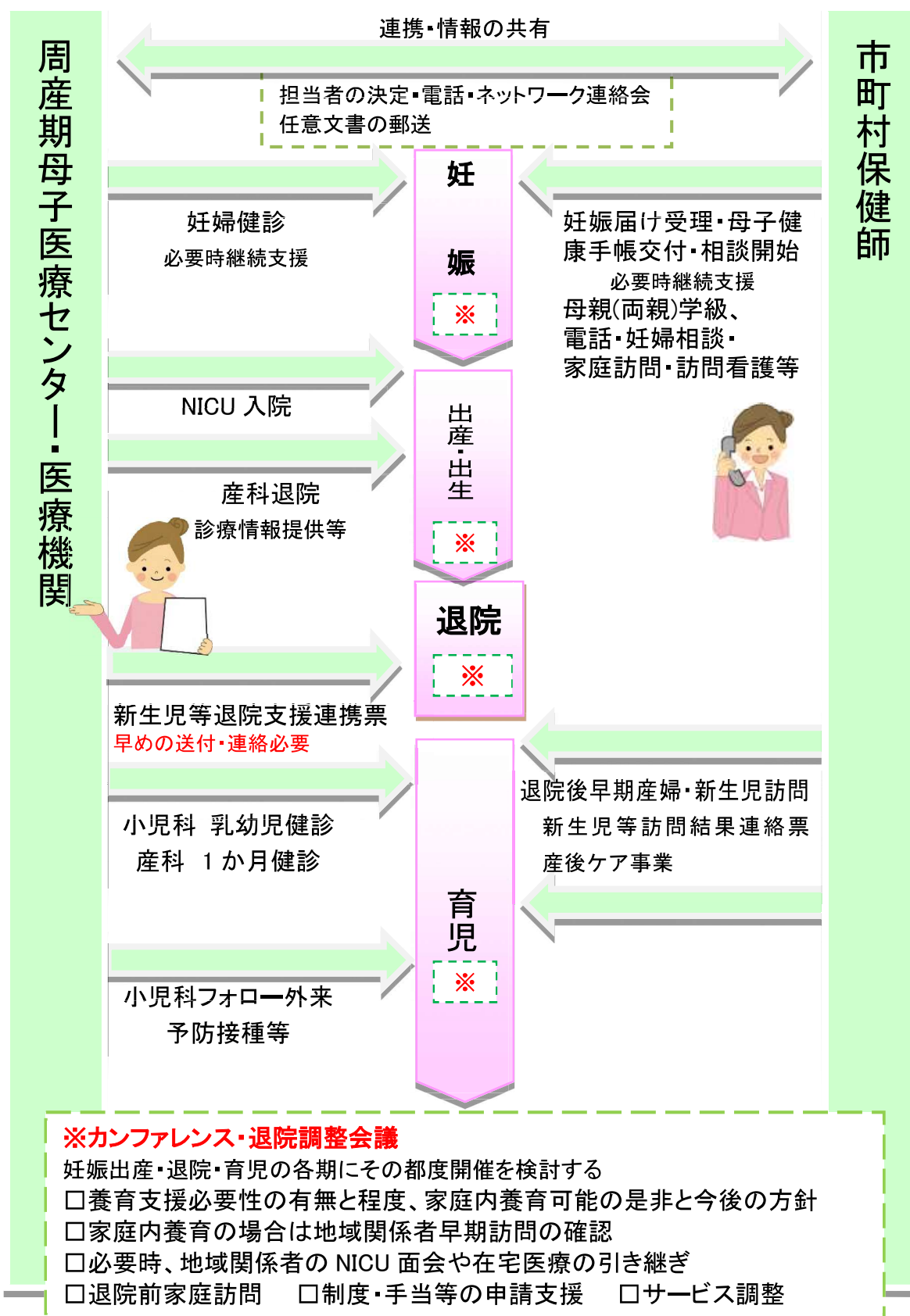
養育支援の必要性を判断するための一定の指標<項目の例示><sup>1)</sup>

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

#### 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>

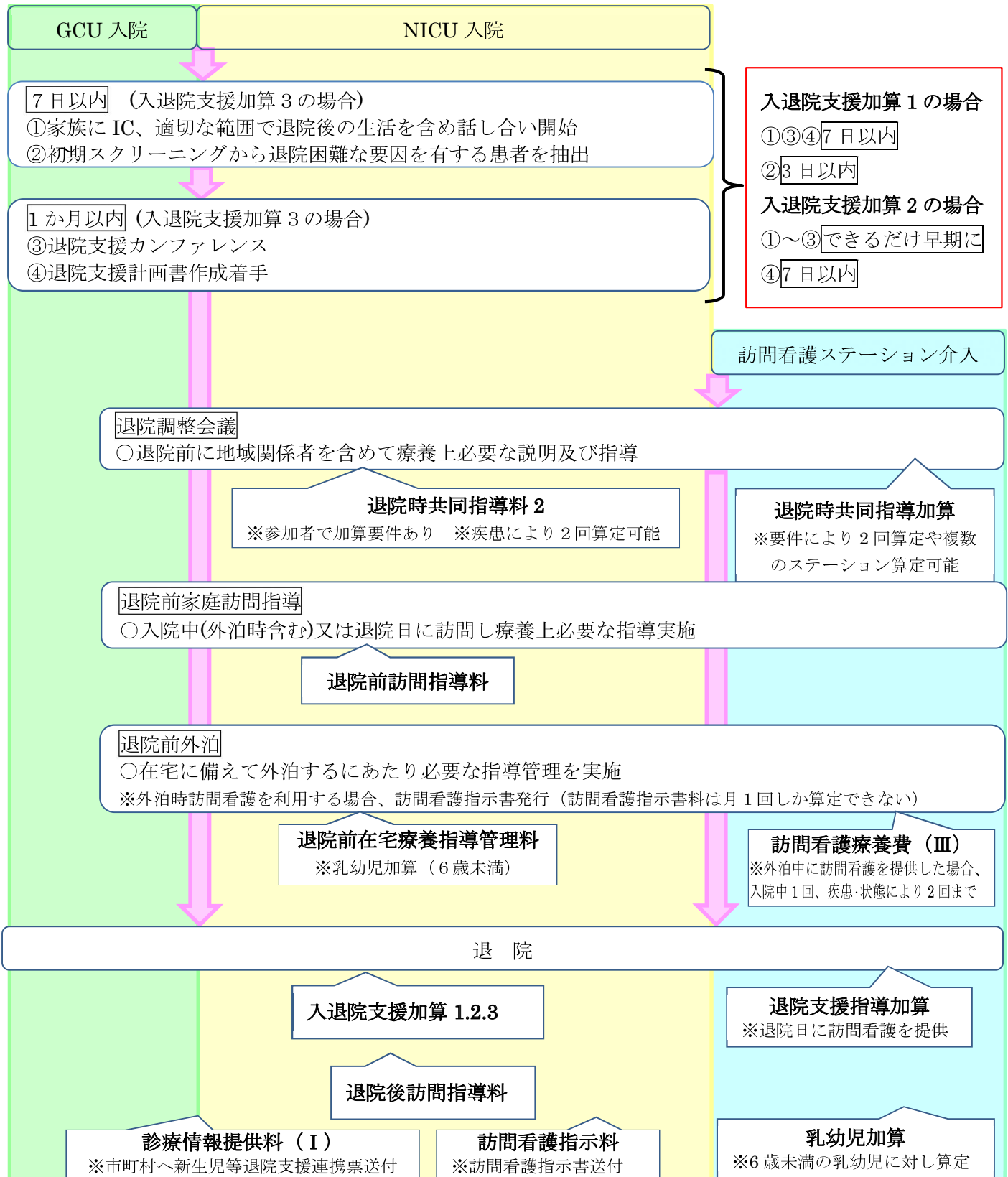
市区町村の役所やこども家庭センター

### 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

<b>A246入退院支援加算(退院時1回)</b>		
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。		
<b>1. 加算1</b> イ一般病棟入院基本料等の場合700点 ロ療養病棟入院基本料等の場合1300点	<b>2. 加算2</b> イ一般病棟入院基本料等の場合190点 ロ療養病棟入院基本料等の場合635点	<b>3. 加算3</b> 1200点
<b>算定要件</b> 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)		
<b>実施要件</b> ・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)		
<b>退院困難な要因</b> 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		<b>退院困難な要因</b> 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
<b>B005 退院時共同指導料2</b> <span style="float: right;"><b>400点</b></span>		
<b>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</b>		
<b>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</b>		
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。		
<b>B007 退院前訪問指導料</b> <span style="float: right;"><b>580点</b></span>		
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		
<b>B009 診療情報提供料(Ⅰ)</b> <span style="float: right;"><b>250点</b></span>		
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		
<b>C100 退院前在宅療養指導管理料</b> <span style="float: right;"><b>120点</b></span> <b>注2: 乳幼児加算(6歳未満): 200点</b>		
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		
<b>C007 訪問看護指示料</b> <span style="float: right;"><b>300点</b></span> <b>注2: 特別訪問看護指示加算: 100点</b>		
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		
<b>B007 退院後訪問指導料</b> <span style="float: right;"><b>580点</b></span> <b>注2: 訪問看護同行加算: 20点</b>		
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(子ども)の安定、親子関係構築に向けた支援 <input type="checkbox"/> 子どもの病状等のショックや不安 <input type="checkbox"/> 子どもの病状等について不安な時期 <input type="checkbox"/> 子どもに対する自責の念	<input type="checkbox"/> 急性性期～回復期 (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"/> 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学習 <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
養育者の状況	<input type="checkbox"/> 医師・看護職・MSW・臨床心理士・保健師等 <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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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	<input type="checkbox"/> 医師・看護職・MSW・臨床心理士・保健師等 <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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
看護師	<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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
臨床心理士	<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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
医師・看護師・臨床心理士	<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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
小児科病種/外来看護師	<input type="checkbox"/> 子どもの治療 <input type="checkbox"/> 母親・家族の面会時の支援、愛着形成支援 <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"/> 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"/> 家族の休息 <input type="checkbox"/> 通所・一時預かりの確保	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
訪問看護師	<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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
臨床心理士	<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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
医師・看護師・臨床心理士	<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"/> PT・訪問看護師・相談支援専門員 <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"/> MSW・PT・PIN・在宅支援関連職種の連携・(消防署) <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	<input type="checkbox"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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
地域民生支援	<input type="checkbox"/> 社会資源と必要な支援に関する情報収集および支援内容の確認・調整	<input type="checkbox"/> 社会資源と必要な支援の確認、方針の共有	<input type="checkbox"/> 退院支援 CF の参加 <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"/> 在宅に必要な支援の調整 <input type="checkbox"/> ケア会議 <input type="checkbox"/> 防災および災害時の準備・対応 <input type="checkbox"/> 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"/> 在宅不安定期 (退院後1か月程度) <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

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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>
- 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](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](https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/cooperation/shinsai_manual.pdf)

