

Ⅷ. 退院調整のチームづくりのために

この章では退院調整のチームづくりのための主な専門職の役割を説明しています。



1. 医師

子どもの病状や家族の状況・思い、医療機器、地域の資源や医療保健福祉サービスなどを総合的に判断して退院調整を進める。NICUを有する医療機関の主治医は、子どもの在宅移行後も、呼吸器管理や定期的フォローアップ等を行う他、地域のホームドクターと連携しながら支援を行う場合もある。主治医は、必要に応じて各種社会資源の意見書や申請書を作成する。

2. 看護師

<医療機関>

受持ち看護師（Primary Nurse：PNs）は、NICUスタッフと協力し、子どもの状況に応じ、家族の思いに寄り添いながら、退院までの意思決定、育児技術習得、緊急時の対応、試験外泊等のプログラムを作成して支援する中心的役割を担う。

外来看護師は、主治医や病棟看護師、保健師と連携しながら、子どもと家族が安心して在宅生活を送れるようフォローアップ体制を組んでいる。医療消耗物品などを出す。

<在宅>

訪問看護ステーションの訪問看護師は、主治医と連絡を取りながら、自宅に定期的に訪問し子どもの健康状態の観察や育児ケアを一緒に行うとともに、家族の相談相手となる。ケア方法や体調変化の際の対応や受診のタイミングについても支援する。

3. MSW

医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）は、医療機関の地域連携室（医療機関により名称は異なる）に所属し、子どもと家族のニーズに応じた医療保健福祉サービスのアドバイスや活用、地域関係機関との連携等を行う。地域連携室には、社会福祉士・看護師・保健師・心理士等の資格を有する職種があり、安心してスムーズに退院調整が進むように支援する。

4. 保健師

保健師は、保健所や市町村等で、地域住民の健康を支援し、地域全体の健康課題の解決に取り組んでいる。家庭訪問を行い子どもや家族全員の健康状態を把握する他、個別の相談に応じ、病院、訪問看護ステーション、福祉担当課、発達支援や教育機関と連携し支援を行う。子どもをはじめ、家族全員の健康について、地域生活で中心的役割を担う。

5. リハビリテーション

<PT 理学療法士>

医師の指示のもと、経過観察や発達支援が必要になるハイリスク児を含めた多岐にわたる小児疾患を持つ児とその家族に対し、身体機能やライフステージに応じて、主に運動や装具類を用いて、運動発達の促進、生活動作や社会参加に関する支援を行う。

<OT 作業療法士>

医師の指示のもと、経過観察や発達支援が必要になるハイリスク児を含めた多岐にわたる小児疾患を持つ児とその家族に対し、身体機能やライフステージに応じて、主に道具の工夫や環境整備などを行い、遊びや身辺動作、コミュニケーション等の作業活動を用いて、心身両面の支援を行う。

<ST 言語聴覚士>

医師の指示のもと、経過観察や発達支援が必要になるハイリスク児を含めた多岐にわたる小児疾患を持つ児とその家族に対し、ことばを出しやすくするための指導や、食べ物をうまく飲み込めないなどの症状に対し、飲み込み機能を高める訓練や安全に食事をとるための指導を行う。

6. 相談支援専門員

地域の相談支援事業所に所属し、子どもと家族のニーズに応じて、生活実態を把握したうえで情報提供し定期的にサービス調整を担う。居宅介護、短期入所、児童デイサービスなど福祉サービスを利用する際に、相談支援専門員がサービス利用計画書の案を作成し、それを参考に市町村がサービス支給の決定を行う。高齢者におけるケアマネージャーと同様の役割を担う。

7. 重症心身障害児者・医療的ケア児者アドバイザー

新潟県においては、医療的ケア児等が在宅生活において必要な支援を円滑に受けることができるよう、地域で対応困難な事例に関わる助言を行うとともに、関係機関との連絡調整、地域のネットワーク構築に向けた指導を行う。また、医療的ケア児等コーディネーターを養成の上、協働して医療的ケア児等の生活のサポートを行う。新潟県医療的ケア児支援センターに配置。

8. 医療的ケア児等コーディネーター

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。

9. ホームヘルパー

障害者総合支援法に基づき、居宅介護、家事援助、移動支援等を行う。入浴、排泄、移動、体位変換などの日常生活支援の他、買い物や外出、通院支援も行う。吸引や経管栄養等のケアを行えるスタッフがいる事業所もあり、複数利用することも可能。