

N I C Uから在宅へ移行する患児（医療処置あり）の
ケアマネジメントプログラム

NICUから在宅療養へ移行する患児(医療処置あり)のケアマネジメントプログラム

ケアマネジメントプログラムの活用にあたって

「実践」には、病院看護師、訪問看護師、保健師の役割が「 は××をする」と明確に表現してありますが、その職種がやらねばならないと言うわけではありません。同様に「連携機関・活用できるサービス」も職種や機関を限定したものではありません。施設や地域によって役割も可能な活動も異なるので、ケースバイケースで考えてください。

それぞれの職種でこの役割をとるということが決定した場合は、それを一貫して遂行してください。

ケアマネジメントプログラムを参考にしながら、在宅療養へ移行する事例を重ねることで、各施設、地域での役割分担がシステムとして構築されていくことを期待しています。

連携期間、活用できるサービスで、福祉機関の利用がありますが、各区市町村で窓口となる名称が異なります。各区市町村の該当する機関を確認の上で、活用してください。

	患者の目標(ニーズ)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
導入期 (在宅療養への意思決定)	1.在宅療養へ移行するための医療チームの編成	1)看護師と医師との調整 ・患児がどうい状態になったら在宅療養へ移行できるかのゴールの設定をする 2)院内の医療チームの編成をする チーム内で上記のゴールの共有をする 3)医療チーム内で、院内の調整役を決める 4)連携が必要な地域の機関の査定を行う 5)医療チームで情報交換して、以下2.3をアセスメントする。その結果を基に、介護力の把握、社会資源の活用を検討する 6)家族の相談窓口や精神的フォローをする役割を誰がとるか決める	院内の医療チームの編成 主治医、受け持ち看護師、婦長、外来看護師、MSW、医事課、在宅療養支援部門スタッフ、OT、PT、臨床心理士など (施設ごとに構成員は異なるが、調整役を明確にしておく) 地域の連携機関 保健所、療育センター、訪問看護ステーション、地域の小児科医	#在宅療養移行の決定を担当医師、看護師のみでなく、医療チームで決定し、以下のプログラムをチームで検討していく #在宅療養支援を実施する病院内の担当者・部署を医療チームに入れて退院後の連絡窓口の一本化のための、体制を作っておく #院内での調整のためのカンファレンスは随時行う #保健師との連絡をどの時点で取るかの調整を行う(自宅のある保健所へ退院予定の連絡と訪問依頼など) #地域によっては保健師とNICUとの連絡体制が確立している
	2.家族の意思決定ができる	1)主治医が患児の疾患について家族への説明を行う 今後の成長発達について 疾患について今後予測される障害と対応 医療的処置について今後の予測と在宅での留意点 2)主治医、受け持ち看護師は現在外来通院しているNICUを退院した患児の親と話したり、会う機会を作る 幼児は同様な状況で前向きに生活している在宅療養児の親を紹介する	患者会	#家族の意思決定に影響を及ぼす要因 外来通院病院、救急対応病院(含交通手段)がどこであるか、現入院病院と異なる場合は現入院病院と外来通院、救急対応、病院の連携体制の有無 在院期間 医療者から患児・家族に行われた初回の在宅療養に関する説明内容・医療者の姿勢・在宅療養に移行時期の提示の仕方 経済状態:自己負担金を含めた経済的な見通し(在宅準備期参照) 健康状態 ・親・介護者:身体的な面、ケアを習得する理解力 ・子どもが自分で身体的変化がある時にサインを出すことができる状態か 児と同じような病状の子どもが在宅療養している経験談を聞いたことがあるか 地域でのサポート資源の活用がどの程度可能か 家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行う
	3.家族の受け入れ体制が整う	1)患児を直接ケアする機会を作る 2)面会の頻度の確認と、面会時間を利用して家族にケア技術等を指導できる体制を作る 3)両親の患児との関係(愛着形成等)を面会時に情報収集する 4)キーパーソンは誰か、親・介護者の背景、親戚との関係、生活様式、考え方について情報収集する 5)家族が患児の疾患を理解できているか、疾患の受け止め方はどうかについての情報収集する 6)兄弟がいる場合は育児支援の確保を行う	医療チームで情報交換	

	患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
在宅準備期 (院内で在宅療養に向けて準備する)	1.日常生活ケア・医療処置の技術の獲得ができる	1)受け持ち看護師は子どもの入院中の1日の生活パターンを主たる養育者(母親)に説明する 2)受け持ち看護師は養育者へ日常の育児指導・確認を行う 3)受け持ち看護師は養育者へ医療的処置の技術習得の指導をする 技術指導の開始時期の決定 入院初期から在宅療養を考慮した医療処置の物品・方法の選択 技術習得の評価 家族の技術習得に伴う精神的負担感の観察 4)医療機器の取り扱いと管理について指導する 機器の取り扱いと管理方法の指導 家で使用する機器・器材の選択の援助		# 技術指導の方法は受け持ち看護師が中心となり計画立案する # 医療者側は技術習得に抵抗を示す人、習得困難な人もいることを理解して、退院指導を行っていく # 指導を行う中で習得状況に問題があれば指導方法の変更も考慮していく # 家族の誰がどのような指導を受けて習得しているか確認できるようにする(チェックリストを作成して使用するとよい)
	2.居宅の環境を整える	1)受け持ち看護師は以下の項目を家族と相談して準備する 患児の居室、医療機器を置く台、処置台、衛生材料及び薬品の保管場所 患者と家族の部屋、入浴方法など生活状況 その他在宅療養で必要な物品	* 医療保険:退院前訪問指導料 (1カ月以上の入院で居宅を訪問し状況の把握が出来る) * 親の会	# 在宅療養で改善が必要になる項目は何か?
	3.衛生材料の入手および使用方法が理解できる	1)入院中から病棟スタッフが在宅移行後の方法を考慮して、在宅療養にあった衛生材料の使用法を実践する 2)病院から提供できるものを購入物品を明確にする 3)自己負担の物品の購入方法(物品によってはばら売りが可能な業者)を家族に紹介する	* 外来の衛生材料を扱っている部門 (医事課、用度課)	
	4.外来受診・緊急時の医療体制が確立する	1)外来受診・緊急時の医療機関の協働体制の確立を行う 小児科の外来受診、専門科別の外来受診先の決定 緊急時の対応先の決定 2)退院後の連携確立のための準備 ・特に入院病院以外の施設で外来フォローする場合 ・複数の病院や外来と連携する場合 3)入院病院の窓口の一本化のための院内の調整 4)自宅のある保健所へ退院予定の連絡と訪問依頼 5)訪問看護指示書の発行先の確認 6)主治医、受け持ち看護師は家族へ急変時の対応の指導を行う	* 地域医療機関 * 保健所・市町村保健センターの保健師	# 導入期から患者・家族に外来受診方法を伝えていかないと、準備期の不安につながり、在宅療養移行への阻害要因ともなる # 入院病院の窓口(訪問看護ステーションからの問い合わせ窓口):小児科外来、新生児科、相談室、在宅支援部門 # 施設により一定期間は入院していた病棟が窓口になり、その後外来が窓口になる場合がある 退院後の窓口はいつまでが病棟で、いつからが外来であるかを、院内のシステムとして確立していることが望ましい # 外来看護師は入院中から在宅療養予定の患児の把握につとめると、外来でのフォローがしやすい
	5.患児の成長発達への援助が継続される	1)病院スタッフは入院中のPT,OT,ST訓練の継続のための準備を行う。家族・介護者に訓練方法の指導を行う 2)病院スタッフは外来通院、通園施設による訓練の確保について助言する	* OT * PT * ST * 保健師、児童福祉士(児童相談所)	# 具体的な訓練方法を図、写真等を活用し訓練を継続できるようにする
	6.経済面の支援が受けられる	1)看護師は医療補助、助成金、手帳の申請手続きの情報提供して、MSW,保健師、福祉事務所につなげられるようにする 2)退院後の自己負担額を明らかにする(衛生材料の自己負担額も含む) 3)医療機器の購入・借用についてのアドバイス(ベット、車椅子、その他)を行う	* MSW,保健師 * 助成・手当・医療保険 乳幼児医療費補助、 重度心身障害児医療費助成 特別児童扶養手当 障害児福祉手当(1歳未満は適応外) 身体障害者認定による優遇措置 在宅指導管理料 * ハンフレットの利用	# 助成・手当・医療保険には年齢に達しないと受けられないものがある、重複できないもの、在宅の期間によるものがある

	患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
--	------------	----	----------------------	----

退院移行期 (退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間)	1. 家族が退院後の生活のイメージができる	<p>1) 患児が試験外泊(院内・居宅)を繰り返しながら、以下の項目の調整を行っていく <評価項目></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患児の生活時間と養育者の生活時間の調整はどうか ・夜間のケア内容、大変だったこと ・養育者は睡眠はとれたか? ・仕事などへの影響はなかったか? ・他の家族、特に兄弟のための時間は確保できたか? ・予測しなかった事態はおきなかったか? ・家族の役割を捉えて、介護を分担できたか? ・夫婦関係の変化 <p>2) 評価を踏まえて在宅移行への準備を行う:居宅での生活に向けた日常生活の工夫について家族と検討する</p> <p>3) 保健師の役割を家族に説明する</p> <p>4) 訪問看護師の紹介・活動の説明をする(含:訪問ステーションの利用料金説明)</p> <p>5) 病院側から、患児が外泊時に保健師や訪問看護ステーションに対して訪問を受けられるように依頼する</p> <p>6) 訪問看護ステーションと保健師は相互に連絡を取り、外泊中に可能な範囲で訪問を実施する</p> <p>7) 上記1)評価の結果を病棟看護師は訪問看護ステーション、保健所と共有する</p>	<p>*受け持ち看護師、 *院内外泊の場合その日の受け持ち看護師 *居宅の外泊の場合は保健師、訪問看護ステーション</p> <p>* MSW</p> <p>* 保健師 * 訪問看護ステーション</p>	<p># 外泊中の訪問(保健師との連絡を取り、訪問看護師が保健師のどちらかが訪問できるようにする) ・保健師は外泊中の訪問看護が可能 ・退院前の訪問看護は算定されないので、訪問看護ステーションはサービス訪問になる # 保健師の役割としては医療処置の実施ではなく、患児や家族の観察や医療チームの調整(医療処置の実施のために保健師は必要時NICUで研修をする)</p>
	2. 家族が訪問看護師と信頼関係が形成される	<p>1) 訪問看護師は入院中に病棟を訪問する(退院前カンファレンスをもつ)</p> <p>患児の家族(両親)、主治医、受け持ち看護師、患児の担当MSW、保健師、訪問看護師の顔あわせ 主治医から患児のこれまでの経過と現在の状況の説明と退院後の予想される状況、問題点等の説明 受け持ち看護師から入院中の患児の看護の内容、退院指導の内容、面会の状況等の情報提供 (家族が同席することで問題となるような情報については、個別で提供する) 家族から、現在の家族の状況や患児が退院するにあたっての準備、家族の思い等の説明 訪問看護師から訪問看護ステーションや訪問看護の内容、利用料金等の説明と家族からのそれに対する質疑応答 家族が訪問看護師に要望する内容の確認と検討 保健師の活動内容の説明とそれに対する家族の要望 MSWからの意見、要望 患児と面会し現状の確認</p> <p>2) 訪問看護師は患児の疾患の現状について主治医からどのような話がされているか「導入期2-1)」確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低出生体重児で出生したことによる成長発達について ・疾患、予測される障害と対応 ・栄養摂取方法と指導内容の確認 ・その他在宅療養中の留意点) <p>3) 訪問看護師は養育者が受けている医療処置、日常的なケア技術の指導内容「在宅準備期1-2),3)」を確認する。病棟訪問時に可能であればケアを実践して、必要時指導を受ける</p>	<p>* 主治医、受け持ち看護師、保健師、MSW、訪問看護ステーション</p> <p>* 主治医 * 病棟受け持ち看護師</p>	<p># 訪問看護師は、患児に必要な医療行為や訓練、看護を獲得できていることが前提である。これらに自信をもつためにも積極的に病棟で行われていることを学ぶ姿勢をもつ(但し、患児が入院中の訪問は、病院側、ステーション側とも1回のみ<退院時共同指導加算>として請求できるが、同一法人の場合は保健適応外。2回目以降の訪問看護師による訪問は、サービス訪問となるため時間的拘束、ステーションの経営上の問題等、実践が難しい現状である。)</p>

患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
------------	----	----------------------	----

退 院 移 行 期 (つづき)	2. 家族が訪問看護師と信頼関係が形成される(つづき)	4)訪問看護師は患児に必要な訓練の内容をPT,OT,STから、指導を受ける 5)訪問看護師は家族の思いを受容、尊重した姿勢で関わる	* PT、OT、ST	# 訪問看護師がOT,PT,STに直接会う # 入院中の家族の状況、退院に向けての家族の思い等を受けとめることが必要である。そのためには、聞く姿勢を持ち、生命に危険が及ばない範囲であれば注意や指導は控える。
	3.日常生活ケア・医療処置の技術の獲得ができる	1)家族のケア技術の確認をする 2)訪問看護師は病院で実施されている内容が実際に家庭で実施可能かを確認する 3)訪問看護師は、衛生物品が整っているか確認する		# 医療処置が必要な場合、機器の理解の確認も行う(たとえば在宅酸素を必要とする場合は酸素についての理解も確認が必要)
	4. 家族が受け入れ体制を整えられる	1)訪問看護師は居宅の状況が整っているか確認、評価する 2)訪問看護師は家族についての情報を得る 家族のキーパーソンは誰か 養育者の育児に協力できる人がいるか 家族の健康状態はどうか 兄弟、姉妹が受け入れられるように援助する	* 保健師、MSW	# 保健師による家庭訪問が実施された場合情報が得られやすい
	5.社会資源の活用ができる	1)病棟看護師と訪問看護師で福祉サービス、手帳等の申請や手続きなど(「在宅準備期6」参照)ができているか確認し、情報を共有する 医療費の助成は受けているか 医療機器の貸し出しや購入はどうか 福祉サービス、介護のために使えるサービスの確保はできているか 福祉機関との連携は地域保健師に連絡してそこから紹介してもらう 2)入院中に社会福祉資源の活用の手続きをなるべくしておく 3)適応年齢になったらすぐに利用できるようにする 4)近隣の医療機関との協力体制をとる	* MSW * 保健所 * 福祉制度利用の窓口となる市町村の担当窓口 * ボランティア	# 社会資源の利用については、病院側が押しつけないようにし、家族が利用するか否かを決められるようにする # 必要時、制度の内容や申請に関しては市町村の担当窓口にお問い合わせ # 年齢に合わせて適宜、確認、紹介する
	6.在宅療養での疑問点、不安な点が明確にできる	1)以下の項目について家族が病棟看護師に具体的に不安、疑問を出せる体制を作る 日常生活のケア 医療処置の技術習得 患児・家族の生活時間 栄養摂取方法 緊急時の対応 2)1)を明確にするための話し合いを持ち、その際に家族、医療者で総合的に退院前の評価する 退院後の医療機関との協力体制 地域・行政の支援内容の確認 患児の病状急変時対応の確認 在宅に必要な医療機器、衛生材料等の物品とその入手方法 外来受診の方法と連絡体制 3)在宅支援関係者間の調整会議を開催する。退院後の調整役(ケアコーディネーター)を決めておく	* 主治医、受け持ち看護師、外来主治医、外来看護師、保健師、MSW、訪問看護ステーション	# 担当看護師は毎日変わるので、医療者側の統一した家族への対応が必要である # 在宅支援関係者間の調整会議は、患児が入院中1回しか<退院時共同指導加算>は請求できない # 入院病院内(病棟、外来、医師、看護師、MSW)の意思統一を行っておく # 退院後の調整役(ケアコーディネーター)は保健師あるいは訪問看護師が望ましい

患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
------------	----	----------------------	----

退院	安全に在宅療養に移行できる	1)病院 訪問看護ステーション、訪問診療をする医療機関、外来受診する医療機関、救急対応する医療機関、保健所への連絡票(文書での申し送り:保健所への連絡票は資料参照) ・これらの連絡票には退院後に地域医療機関からの問い合わせを受ける窓口となる病院内の部署と連絡先を明記する 2)連絡票は両親の了解を得てから保健所に送る		# 退院時のサマリーは診療録扱いになり、出さない施設もある。 この場合、病院看護師は訪問依頼票や連絡票の形式で、経過や処置について訪問看護ステーションが情報収集できるようにする。 # 病院から市町村・保健所・精神保健福祉センターに「保健福祉サービスに必要な情報」を提供すると診療情報提供料を算定できる。(但し設置主体が同一である場合を除く) # 母子保健事業として新生児の訪問指導、未熟児の訪問指導、長期療養児の療育指導のための訪問があり、これに連絡票を活用し、診療情報提供料を算定できる。 (育成医療は連絡票が無く、給付券のみ)
在宅移行期 (退院後から家族・患児が安定する時期)	1.家族が獲得したケア技術を実施できる	1)訪問看護師は患児の症状の観察、状態変化の有無を判断する 2)訪問看護師は家族の実践する医療的処置の確認と必要時は指導、医療機器が使用できることの確認 3)訪問看護師は日常のケア技術の確認、指導 4)訪問看護師は医療行為に必要な物品の調整をする 安価で確実な在宅での消毒方法の確認、指導 医療処置に必要な衛生材料の調整、調達(より患児にあった物、在宅で使用しやすい物)をする	*ステーションの24時間電話相談サービスの利用(月1回 24時間連絡体制加算請求可能)	# 初回訪問は退院後できるだけ早い時期にする # 訪問看護師の的確な観察と判断が必要 # 医療行為の指導基準は病院での退院指導に準ずる # 家族がやりやすい物品、手技を考慮する # ステーションの24時間電話相談サービスは実施していないステーションがある 在宅療養初期の親の心配や、不安をどこまで解消できるかが在宅移行期の要となる(このために24時間体制のサポートが必要な場合がある)
2.患児・家族が在宅療養に移行した後の疑問や不安を解消できる	1)外来:外来の待ち時間を利用して外来看護師が相談窓口となる 2)居宅:訪問看護師や保健師の訪問時に家族の思いが出せる機会を作る 3)病院:家族からの問い合わせがあった場合、病棟でも外来でも応じていき、その内容を訪問看護ステーションに伝達していく 4)外来受診病院と訪問看護ステーションが連携をとれる ・訪問看護ステーションからは訪問看護報告書と看護計画書により情報の伝達を行う ・保健所からは家庭訪問の報告書により病院、訪問看護ステーションの伝達を行う (文書での申し送り:保健所からの連絡票は資料参照) 5)親の会の活用紹介	* 外来看護師 * 受け持ち看護師 * 保健師 * 訪問看護ステーション	# 病院、地域保健師、訪問看護師等の機関が連絡を取れる体制を確立する。特に病院側の窓口を一本化して、明確にする	
3.家の環境が整えられる	1. 介護用品、生活補助用具の調整をする 2. 居室の状況観察、調整	* 業者を利用 * 身障者手帳のサービス制度(日常生活用具)の利用	# 身障者手帳が乳児で交付されないことがあるのでその場合は、実費負担となる # 身障者手帳のサービス制度は地域により異なるので確認が必要	
4.患児と家族が在宅療養に慣れる	1)訪問看護師は患児、養育者、家族の状況を観察し評価をして、家族の日常生活のリズムができ、患児のケアが日常的に行われるまで訪問時に育児の援助と調整を行う < 観察項目 > ・患児の表情や活動性 ・患児の経管栄養、水分摂取、排泄状況等の養育指導 ・患児の睡眠状況等日常生活の状況 ・養育者の表情や活動性 ・養育者からの不安や心配事の相談内容と相談回数 ・養育者の睡眠状況を含む日常生活パターン ・患児と家族の関わりの状況 ・家族の日常生活パターン ・不定期外来受診の回数の確認、情報収集 ・24時間電話サービスの利用回数、相談内容		# 調整や指導の介入は家族側を中心とし強制はせず家族、特に養育者のベースにあわせ少しずつゆっくり行う # 家族以外の他人が自宅に訪問することで養育者や家族にストレスを与えないよう注意する # 養育者の特徴を理解しておくことが必要 # 訪問看護師は保健師に報告(電話・報告書)し、連絡を取り合う # 必要時保健師が訪問し、外来や福祉機関との調整を行う	
患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考	

在宅移行期 (つづき)	4. 患児と家族が在宅療養に慣れる(つづき)	2) 患児のこと以外で養育者から訪問看護師に相談があれば相談に応じる		
	5. 家族が患児の成長発達への援助を理解できる	1) 訪問看護師が患児の心身の成長発達の状況を観察する 2) 患児がPT,OT,ST等の訓練を継続しているか確認する 3) 訪問看護師が患児のハビリ(リハビリ)を行う	* ハビリ(リハビリ)を受けている機関のPT,OT,ST	# 訪問看護師は、小児の成長発達に関する知識が必要であり、個々の患児にあった成長発達の評価ができることも必要
	6. 主たる養育者(母親)の身体的精神的負担を軽減する	1) 訪問看護師は養育者の話を聞き相談相手になる 2) 訪問看護師は患児のケアについて家族内の役割分担を確認し可能な範囲で調整、援助する		# 訪問看護師はこの時期、養育者の話を聞くことに専念し意見はなるべく控えるようにする
	7. 緊急時の対応ができる	1) 訪問看護師は症状の変化及び緊急時の家族の対応方法を確認をする 2) 外来受診時に外来看護師は、家族が病院の相談窓口を利用できるように連絡方法の確認を行う 3) 訪問看護ステーションの24時間電話サービスの利用方法を確認する		
継続期 (患児の全身状態が安定して、家族の養育・介護が自立する時期)	1. 家族が獲得したケアを確実に実施でき、状況に応じて応用できる	1) 訪問看護師は患児の身体的安定の維持ができるよう観察、指導する 患児の状態を観察し変化を判断する 適切に医療処置が行われていることを確認し必要時指導、援助する 患児の体調に応じて、医療処置(栄養摂取法)の方法を変更して家族に指導する 薬の使用法の確認と患児の体調に応じた使用方法を指導する 2) 訪問看護師は衛生物品の使用状況や使用方法の確認と、医療機関との連携で物品の準備の指導をして、安定した供給ができるようにする	* 自費購入分の医療機器や衛生材料を扱っているメーカー	# 安定期には定期受診以外は訪問による状態判断が主体である。よって訪問看護師の適切な判断が必要になる # 主治医と訪問看護師の連絡を密にして、状況に応じた指導ができる連携体制をとっておく(例: 訪問看護師が状況に応じて栄養量等の指示を変更できるように約束処方をとっておく) # 新しい物品の導入等は各メーカーの紹介を利用する
	2. 家族中心の生活が安全に安定して維持できる	1) 訪問看護師と保健師が情報交換をして継続した介入を行う 2) 訪問看護師は外来受診の状況を確認、必要時受診時同行を行う 3) 訪問看護師と外来受診病院との情報交換や、訪問看護師が中心となり保健師を含めたケアカンファレンスを行う 4) 訪問看護師は養育者のケア技術の評価を継続して行い、手抜きや慣れによる事故の発生を防ぐ 5) 訪問看護師は患児のストレスが適切な範囲内であるように観察、援助する 患児と家族、特に養育者との関係を観察する 移動方法の確保や外出を勧める 6) 訪問看護師は家族の心身の安定が継続されるように援助する 主たる養育者の役割を観察する 患児と祖父母の関係、祖父母と患児の両親の把握する 必要時、訪問看護師は患児の状態や処置について家族にわかりやすく説明し理解を求める 患児のこと以外の相談にも応じる	* 保健師	# 保健師の家庭訪問により訪問看護ステーションの訪問時以外の状況を把握する # 日常的な症状のコントロールは大病院ではなく、地域の病院でできるように、サポート体制の再編を行う # 養育者の慣れや手抜きから事故につながる危険があるので注意する # 医療行為を必要とする子どもが参加しやすい地域交流の情報収集が必要である # 家族の都合により訪問日に柔軟性を持たせる(家族の希望を訪問スケジュールに取り入れる) # 遊び、散歩などもとり入れ、介護者を解放する時間を作る # 訪問看護ステーションの受け持ちをグループですることがのぞましい

患者の目標(ニード)	実践	連携機関・活用できるサービス(社会資源)	備考
------------	----	----------------------	----

継続期 (つづき)	2. 家族中心の生活が安全に安定して維持できる(つづき)	7)訪問看護師は生活の変化や突発的な出来事に対する対応について体制を整える援助をする 患児の状態の変化や成長発達によって、予測しうる事態を明確にして、養育者に相談、指導を行い、緊急時の対応方法を明らかにしておく 家族の意思にあわせて利用できる社会資源を紹介する 8)保健師による社会資源、地域のサークル活動の紹介し、参加を促す 9)外出時の移動方法が確立する 10)患児の成長発達にあわせ車椅子の導入を指導する	* 24時間電話サービス * 地域のサポートシステムの活用(ボランティア、ファミリーサポート、育児支援) * 福祉タクシー、移送サービス * PT,OT	# 患児は急速な成長発達の時期であり、退院時に予測できなかった事が生じる危険があるため注意していく
	3. 患児なりの成長発達が促される	1)訪問看護師は患児の成長発達を観察、判断して、保健師と共有する 2)訪問看護師は養育者に患児の発達を考慮した関わりやアドバイスをする 3)訪問看護師は患児が健康維持、増進できるよう専門科受診の受診状況の確認し、必要時、主治医、外来看護師と連絡を取る	* 市町村の福祉担当窓口、保健師 * 受診病院	# 小児の成長発達に関する知識が必要である # 患児の年齢がいけば療育センターの適応となる # 外来受診病院窓口の明確化
	4. 主たる養育者(母親)の慢性的疲労や負担の軽減	1)訪問看護師、保健師は養育者の要望や必要な状況ならケアや家事の援助者(ボランティア、ヘルパーの利用)を導入する 2)訪問看護師は養育者の不満や不安等、日常生活全般も含め積極的に傾聴し、受容的態度で接していく 3)訪問看護師は家族内の役割分担の確認、調整を可能な範囲で行う 4)訪問看護師は養育者の健康問題へのアドバイスをする	* 市町村の福祉担当窓口 * 保健師	
	5. 必要なサポート体制の活用ができる	1)訪問看護師、保健師は経済面の維持、負担軽減がなされているかを確認する 自己負担や医療控除 公費医療や補助の活用 2)訪問看護師、保健師は社会資源の各々の特徴、申請等を家族が理解しているか確認し必要時利用できるように援助する	* 市町村の福祉担当窓口	# 控除やサービスは所得制限や年齢制限があって利用できないこともある

NICUから保健所への連絡票

保健所長殿

ワカナ 氏名	男・女		年 月 日出生(第 子)
住所	自宅 〒		電話() -
	帰宅場所: 自宅・実家(電話() -
家族の 状況	父: 氏名		家族構成
	母: 氏名	歳 職業()	歳 職業()
	身近な援助者 キ-パ-ソ		
出生時 の 状況	出生場所: 当院・施設名()		母体搬送・出生後転院
	在胎週数: 在胎()週()日		予定日: 年 月 日
	分娩様式: 頭位・横位・骨盤位・自然分娩・吸引・鉗子・帝切・その他()		
	出生状況: 体重()g 身長()cm 頭囲()cm 胸囲()cm 単胎・双胎(第 子) 品胎(第 子)		
	出生時の特記事項: 新生児仮死 無・有 アプガースコア 1分()点 5分()点 妊娠中の状況: 異常 無・有(切迫流早産・中毒症(蛋白尿・高血圧・浮腫)・尿糖 その他() 既往歴 無・有()		
入院中 の経過	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 保育器収容日数()日		
	診断名		
	呼吸障害: 無・有 酸素使用: 無・有 生後()日 ~ ()日 人工呼吸器装着: 無・有 生後()日 ~ ()日		
	黄疸治療: 無・有 光線療法()日 交換輸血()回		
	眼底所見: 無・有 網膜症治療: 無・有() 痙攣: 無・有 生後()日 ~ ()日 在宅医療処置: 無・有(経管栄養・吸引・酸素・) その他の合併症		
退院時 の状況	日齢()日 体重()g 身長()cm 頭囲()cm 胸囲()cm		
	栄養: 母乳・混合・人工乳()ml x ()回/日 ミルクの種類() ミルクの増やし方: 普通でよい・注意を要する() 摂取方法: 経口・注入・混合 哺乳時アノ-セ: 無・有 むせこみ: 無・有		
	退院処方: 無・有()		
	退院時の 身体状況	呼吸状態() 医療処置() 継続している合併症()	
	医師から 説明されて いる内容	今後の成長発達 疾患について今後予測される障害と対応 医療処置について	
	家族の受け止め方 その他の家族状況		
	在宅療養移行のきっかけ		
予測され る問題点と 保健所 で行って ほしい指			
フォローアップする医療機関		入院中の主治医	
連絡先		外来担当医	
次回外来受診日 月 日()科)			
記録看護婦	記録日(年 月 日)	記録医師	記録日(年 月 日)

本連絡票を保健所に送ることについては、ご両親(父、母)の了解を得ております

病院の担当連絡先 住所
電話番号
E-mail

担当課
担当者

記入上の注意 1)訪問看護ステーションへの連絡票とする場合は医療処置についてより具体的に記入する
2)記入内容は家族の言動など事実を記入して、加付開示できる内容にする

フリガナ 氏名		訪問時年齢 歳 ヶ月 (修正 歳 ヶ月)
住所 電話	自宅・実家 〒 () -	
訪問時 の状況	訪問年月日: 年 月 日出生(第 子) 訪問先: 在宅者:	
本人の状況 体重()g 頭囲()cm 活動・睡眠 栄養 母乳・人工・混合 () ml × () 回 離乳状況 排便 ()回/日 便性状() 発達・その他	家族の状況(両親、兄弟) 一日の生活パターン 児との関係、関わり方	
その他の特記事項(家族の心配・相談事、在宅医療処置の実施状況)		
指導事項・今後の対応		
関係機関との連携		
病院への連絡事項		

本連絡票を保健所に送ることについては、ご両親(父、母)の了解を得ております

施設名 平成 年 月 日

電話 記入者名

E-mail

■NICUから在宅へ移行する患児（医療処置あり）のケアマネジメントプログラム

この冊子は「小児の在宅療養のためのケアマネジメント開発研究事業」の報告書の一部であり、
社会福祉・医療事業団（子育て支援基金）の助成金（平成13年度）の交付により作成されたものです。

2002年3月発行

編集 事業推進検討委員会

委員長 神谷 齊(国立療養所三重病院長)

主任研究員 及川郁子(聖路加看護大学教授)

発行 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12

壱丁目参番館 302

TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938
