

表19-1退院調整の実施部門ごとにみた平成23年9月1日0時現在の入院期間月数ごとの入院児数 (NICUとGCU)

退院調整の実施部門		NICUプラスGCU の入院日数21 日未満の合計	NICUプラスGCU の入院日数3ヶ 月未満の合計	NICUプラスGCU の入院日数6ヶ 月未満の合計	NICUプラスGCU の入院日数1年 未満の合計	NICUプラスGCU の入院日数1年 以上の合計
1. 院内に設置されている 退院調整部門が退院調整 を行っている	平均値	5.	9.6	5.75	3.25	2.50
	度数	5	5	4	4	4
	標準偏差	4.0	8.87	8.26	5.251	3.00
2. NICU/GCUや小児科の 入院児を専門とする退院調 整部門を置いて退院調整を している	平均値	12.50	13.50	4.5000	.50	1.0
	度数	2	2	2	2	2
	標準偏差	2.121	2.121	.707	.707	.000
3. NICU/GCUで勤務する 看護師が退院調整を 行っている	平均値	14.21	11.84	3.38	1.62	1.12
	度数	19	19	18	16	16
	標準偏差	7.75	4.74	3.97	1.08	1.45
4. その他	平均値	9.33	12.00	2.00	.25	.87
	度数	9	10	10	8	8
	標準偏差	4.387	6.073	1.699	.707	.991
5. 1と3の両方で行っている	平均値	9.25	13.00	4.57	1.66	1.00
	度数	8	8	7	6	7
	標準偏差	3.105	10.323	5.563	1.211	.816
6. 2と3の両方で行っている	平均値	11.00	19.00	.00	3.00	2.00
	度数	1	1	1	1	1
	標準偏差	.	.	.	.	.
7. 3と4の両方で行っている	平均値	16.00	15.00	5.00	2.00	1.00
	度数	1	1	1	1	1
	標準偏差	.	.	.	.	.
合計	平均値	11.22	12.13	3.48	1.50	1.20
	度数	45	46	43	38	39
	標準偏差	6.441	6.499	4.233	1.955	1.435

表20. 新生児特定集中治療室退院調整加算新設を知っていたか

加算について	施設数	%
知っていた	46	93.9
知らない	3	6.1
合計	49	100.0

表21. NICU退院調整加算 平成23. 4. 1-平成23. 9. 1までの算定件数

算定件数	施設数	%	有効%
0	17	34.7	42.5
2	3	6.1	7.5
3	2	4.1	5.0
4	1	2.0	2.5
5	1	2.0	2.5
6	3	6.1	7.5
7	1	2.0	2.5
10	1	2.0	2.5
15	1	2.0	2.5
17	1	2.0	2.5
29	2	4.1	5.0
30	1	2.0	2.5
32	1	2.0	2.5
82	1	2.0	2.5
105	1	2.0	2.5
109	1	2.0	2.5
121	1	2.0	2.5
178	1	2.0	2.5
合計	40	81.6	100.0
無回答	9	18.4	
合計	49	100.0	

表21-1 退院調整の実施部門ごとにみた平成23. 4. 1-平成23. 9. 1までの算定件数

退院調整の実施部門	加算算定件数	施設数	標準偏差
	平均値		
1. 院内に設置されている退院調整部門が退院調整を行っている	42.25	4	53.649
2. NICU/GCUや小児科の入院児を専門とする退院調整部門を置いて退院調整をしている	30.00	1	.
3. NICU/GCUで勤務する看護師が退院調整を行っている	19.11	18	46.832
4. その他	4.33	9	10.512
5. 1と3の両方で行っている	18.67	6	31.123
6. 2と3の両方で行っている	.00	1	.
7. 3と4の両方で行っている	109.00	1	.
合計	20.08	40	40.599

表22. 退院までに何回の算定が必要か

退院までに必要な算定回数	施設数	%	有効%
1	4	8.2	19.0
2	8	16.3	38.1
3	6	12.2	28.6
4	1	2.0	4.8
5	1	2.0	4.8
10	1	2.0	4.8
合計	21	42.9	100.0
無回答	28	57.1	
合計	49	100.0	

表 23. 平成 23 年 1 月 1 日 0 時～9 月 1 日 0 時の間に 6 ヶ月以上入院していた子どもに対し、積極的に退院調整を行った事例の主たる病名 n=83

病 名	人数
超低出生体重児	19
超低出生体重児＋他疾患(小腸閉鎖、気管軟化症等)	13
染色体異常(21トリソミー、18トリソミー 等)	7
呼吸器疾患(気管軟化症、RDS、気道狭窄等)	7
極低出生体重児＋他疾患(気道狭窄、コルネリマ・ド・ランド症候群等)	6
染色体異常＋他疾患(気管軟化症、横隔膜ヘルニア、心疾患等)	5
新生児重症仮死	4
脳疾患(全前脳胞症、水頭症、小脳出血)	3
筋緊張性ジストロフィー	2
超低出生体重児	1
先天性横隔膜ヘルニア	1
ALTE＋低酸素脳症	1
CHARGE 症候群	1
ピエールバロン症候群＋半椎症＋左内反足	1
胎児水腫	1
胸部腫瘍	1
左心低形成	1
先天性食道閉鎖症＋胃瘻造設	1
胎便性腹膜炎＋呼吸不良症候群	1
ベナショッカー症候群	1
Kniest 症候群	1
脊椎異端異形成症	1
多発性のう胞腎＋口蓋裂	1
先天性中枢性低換気症候群	1
脊髄裂＋キアリ奇形	1
VATER 連合	1

表24. 退院時に必要だった医療ケアの内容

医療内容	施設数	カテゴリ
摂食リハビリ	5	食事
吸入	4	呼吸
ストマ管理	4	排泄
胃ろう	4	栄養
口腔内吸引	4	呼吸
言語リハビリ	2	呼吸
内服指導、	2	医療
ポジショニング	2	活動
パルスオキシメータ管理	2	呼吸
バギング、カニューレ交換、経管チューブ挿入	2	手技
カニューレ交換経管チューブ挿入、	1	呼吸
呼吸管理、	1	呼吸
食事介助	1	食事介助
急変時の対応	1	医療

表25. 退院に向けて家族に援助した内容

大項目	中項目	小項目(件数)
医療的ケアに関する援助	医療ケアの指導	モニターの見方について.在宅医療機器や必要物品等の準備.機器の扱いなど.VPシャントの管理、シャント部の注意事項. SPO2モニターの取り扱い
	呼吸器関連	人工呼吸管理(3)
	気管切開関連	気管切開の管理(7)
	経管栄養関連	経管栄養. 栄養チューブなど. 経鼻カテーテル挿入法.離乳食.
	在宅酸素関連	高濃度酸素療法(1) 在宅酸素の管理方法(6) 酸素をつけるタイミング(1) 酸素器具の扱い方について(1)
育児指導関連	ケア	在宅ケアに関する指導育児全般(4) 育児全般(7) アドバイス(4)
リハビリ関連		四肢リハビリ(3)
手技の獲得関連	手技の獲得	手技の獲得(6) 技術指導(1)
	ストマ関連	ストマ管理技術指導(2)

外泊などによる在宅移行訓練	院内 院外	院内外泊(4).院外外泊(4)退院前家庭訪問(1)面会時間の調整 小児科棟からの外泊.車の乗り入れ訓練への介入、
急変時の対応	観察	心不全症状の観察と対応.嘔吐症があり、その対応.日常の観察と変化に対する対応.トラブル発生時について.尿路感染をくり返しおこしたため母へ観察のポイントを説明.呼吸状態の観察について/自宅での生活について.呼吸理学療法士とも連携し、呼吸リハの指導実施.呼吸の変化の見方
	対応	急変時の対応をDrより指導した.乳児心肺蘇生法シュミレーション講習を行った.異常時対応(2)
連携調整	地域の調整	地域との連携調整(4) 訪問看護ステーションとの連携3 家屋調整、地域支援の情報提供とサービス転勤予定のため地域との連携をMSWと共に行った。双胎のため地域との連携につとめた
退院後スケジュールを立案	指導	家族の施設希望.施設の空きもあったため重身施設への転院.頻回のカンファを要した.退院後のスケジュールを立案(2)
ピアサポート		在宅イメージをつけるために同様のNICU卒業した児と家族との接点を作った.
後方支援施設・病棟の紹介	後方病棟の紹介	後方病棟紹介(4) 両親の別居による退院後の支援調整
母親への支援		母親のメンタルフォロー(精神科受診中)。 母が児の育児に慣れるために1日保育と半日保育をとり入れ退院に向け母が自信をもてるように支援した。

表26. 家族指導の対象

家族指導の対象 (人)	
父	2
母	14
両親	38
両親+祖父母	18
両親+祖父母+その他親族	2
母(シングル)+祖父母	1
合計	75

表27. 退院調整支援として実施した内容

退院調整支援として実施した内容	
在宅診療	8
療育センター・重心	5
相談支援事業所	4
訪問看護	3
NICU コーディネーター	3
リハビリ	3
消防	3
保健所	3
SPO2 モニター	3
ヘルパー	2
レスパイト先	2
その他の病院	2
外来	1
義肢製作所	1
ピアカウンセリング	1
転院先	1
入院時支援	1
合計	46

表28. 退院調整で困難な点： 1. 家族の受け入れが困難

受入困難な背景	受入困難な状況
こどもの受容が困難	<ul style="list-style-type: none"> ・出産後の染色体検査の結果の疾患を受容できない。 ・障がいのある児に対して、家族が愛着をもてない。 ・染色体異常児など在宅での養育は当初から受け入れられず施設の入所まで入院継続。 ・胎児診断で食道閉鎖が疑われ、妊婦管理していたが、妊娠期から受け入れ困難で、出産後の手術に関して繰り返し説明をした。 ・現実(重症仮死で出生した)がまだ受け入れられていない。 ・児を両親が受け入れられない。
家族の都合	<ul style="list-style-type: none"> ・身内の支援をうけられない在宅呼吸管理を必要とする家族。 ・店舗拡大や引越しなど家の都合が優先され、母親も貧血、うつ気味そうで家が遠方のため指導への時間がとれない。 ・身体的な準備(体重・栄養方法等)をしている間に次子を妊娠し、受け入れ困難。 ・母が仕事を開始し、退院時期を遅らせてほしいと希望している。 ・家族の協力体制(父、祖父母)が明確になっていない。 ・家族背景、社会背景が複雑。社会的な問題がある。 ・家族構成が複雑で、育児環境が整うまでに時間がかかる。(DV、パートナーと父の関係、外国籍で日本の滞在のためにBabyを生むなど)。 ・育児支援者がいない。 ・育児不安が強く、自信がない。家族の協力が得られず母1人でみられない。 ・短腸症の児(3ヶ月)在宅中心静脈継続する予定である為、NICU→小児病棟へ移動して指導する計画であるが、付き添いに対して困難であるとの事で計画が進まない。 ・両親は家に連れて帰りたいが、サポートが必要。サポートとして重要な祖父母が反対している。 ・母親は在宅を希望、父親は施設希望。
ライフスタイルの変更などが困難	<ul style="list-style-type: none"> ・第2子の出産により、退院を受け入れるのが難しい。 ・妊娠中で受け入れ困難。 ・母親が働いているので、退院は受け入れられない。
育児困難	<p>母親に精神疾患があり、育児困難であった。</p> <p>重度の障害(頭部MRI)が残るケース。両親が若手でサポートが必要なケース。</p> <p>年少の同胞児がいる為、面会に来られない。退院後世話ができない。</p>
経済的問題	<p>両親ともに無職、経済的に困きゅうし生活保護申請。</p> <p>父、リストラされ失職中。・シングルマザー。・母親が夜間の仕事をしており、電話連絡してもつながらない。</p> <p>双子で産まれた両方の児に障害があり、他の同胞もまた 少など家族状況がハイリスクな場合で社会的補助も受給対象にならない為、経済的にも影響を受ける児へのマンパワー、経済的支援も含めた支援をととのえる事が困難と感じる。政策的な補助が必要。</p> <p>家族の経済的破綻、家族背景に問題(保護者の精神疾患、知的障害、DV歴etc)があり、在宅への移行が困難な場合。</p>

表29. 退院調整で困難な点：2. 医療依存度が高い

医療依存度と関連事項	医療依存度が高い状況
在宅での人工呼吸器使用に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器使用中の頻回の吸引。呼吸器設定条件が高い。呼吸器装着、定期的な吸引、導尿、経管栄養など1人の児に常時処置が必要。 ・18トリソミーのこどもで、無呼吸時の対応に両親の恐怖が強い。 ・在宅呼吸器管理、気管軟化症、経管栄養が必要である。 ・人工呼吸器使用、2時間毎の体位変換、経管栄養、けいれんの頻発 ・呼吸器離脱がむずかしくその場合の呼吸器使用中の管理が目をはなせない状況になると退院日の設定が延長化する。 ・呼吸器装着、気管切開、吸引が頻回で家ではケアできない。だが、在宅以外の転院は受け入れられない。徐脈発作による心拍低下のための心マッサージの必要性。 ・酸素カニューレをはずせない又はN-CPAPのように陽圧が必要。自分で呼吸器をはずす為、常に観察が必要である。気管軟化があり、気切し人工呼吸器管理中。覚酸するとけいれん発作をおこすため鎮静剤を静脈注射している。 ・重度の新生児仮死や染色体異常など、遷延性の意識障害で全面介助・人工呼吸器ケアですぐに肺炎になりやすい場合など
訪問看護ステーションが少ない	<ul style="list-style-type: none"> ・引き継ぐステーションスタッフへの技術指導が必要(家族の方が処置等に慣れていて、ステーションの導入が家族負担軽減につながらない。) ・呼吸器が必要な子に対応できる訪問看護ステーションが少ない。 ・レスパイト先がない。
こどもの専門医が少ない	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介元病院や自宅近くの病院への転院を家族は希望されるが、小児外科や循環器など必要な診療科の医師がいないこと、医療機器がそろっていないことなどの問題でスムーズな転院ができない。 ・訪問診療医も専門外であり円滑なやりとりがしづらい。
制度の違い	<ul style="list-style-type: none"> ・県外で里帰り分娩となり医療的処置の多い患児が退院する場合、手当て金や予防接種他の制度のちがいなどあり、家族は手続きがなかなかすすまず大変である。
物品の準備が困難	<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開術や胃瘻挿入術を施行した児の両親のケア習得や物品調整。 ・両親以外の育児支援者のケア習得指導気管気管支軟化症でカニューレの長さが軟化部分を補完できる長さに適用できるものがないケースなど。 ・こどもの療養に必要な物品の調達が困難・医療機器、材料などの手配(地域連携室に連絡)。 ・在宅に帰る場合、家族に医療行為(吸引、吸入、チューブ交換、胃ろう注入など)の技術習得の指導。

表30. 退院調整で困難な点:3.後方施設が見つからない

後方施設の状況	後方施設に関連する状況
医療依存度の高い子どもの後方施設への転院が困難	<p>・染色体異常をもったお子さんや、注入吸引の処置がある、また心臓疾患を合併していると入所がことわられる。／・施設の方が児をみに病院にきても、子どもの状態が当施設の対象ではないと言われる。／・染色体異常があり、気切をした児。重症度が高い。</p> <p>／・経管栄養、吸引が必要であり、それに対応できる施設がなかなか見つからない。</p> <p>／・人工呼吸器管理中のため受け入れを断られる。／・気管切開しているが、人工呼吸器を装着しているケースは他院の受け入れが悪い。／・医療的設備が不足している。</p> <p>／・後方施設も呼吸器使用者が多く、中央配管の設備が少ない為、受け入れ困難となっている。／・気切や呼吸器管理など、医療処置があるに対応できない後方施設が多い。</p> <p>／・人工呼吸管理を必要とする児を収容する病床の空床がない(院内・院外)。／・人工呼吸器等使用している場合受け入れてもらえない。</p>
待機期間が長い	<p>・重症心身障害児施設が3施設あるが、病床待ちの児が十数名いるため、入所に数年かかってしまう。／・ベッド数が少なく、待っている期間が長い。入所希望の申請を行うが順番待ちが長い施設を探しているが、ほとんど空きがなく、現在10人待ちの状況で先が見えない。／・空きがない(重心、肢体不自由児など)。どの後方施設も待っているのは、14、15番目で、入所がむずかしい。／・申し込んでも空がなく、申し込み～入所まで何か月、何年になるかわからない。／・待機期間が数ヶ月～数年とみとおしがつかない。施設をさがすのに年単位まつ。／・重症心身障害児施設にあきがない。／・後方施設は満床である。／・施設入所希望の場合は、入所待ちの期間が長い。</p>
親元に近い後方施設は少ない	<p>・県内に小児専門病院が少ない。／・近隣に1カ所しか施設がない、その施設も満床である。／・両親が済んでいる近くの後方施設への受け入れ先がない。／・病院に入院していると、施設への入所がむずかしい。／・搬送で入院した児であっても、元の病院、地元 of 病院に受け入れてもらえない。／・他県のため、後方施設を探すことは、なかなか難しい。／・母親が出産の際に母体搬送で来院し出生した児に医療依存度が高く退院が望めない場合の転院先や医療施設が少ない。</p>
親の受け入れが困難	<p>・後方施設が親の居住地から遠いと親の受け入れなどが問題。／・入院が長くなると親も他院をいやがる。／・家族が満足する施設がない。／・呼吸器離脱が困難、施設数が少なく空床がなく県外の遠方にしかなく家族の了解が得られない。／・小児科へ転科転棟するには母児同室や、医療依存度が低い等の条件をクリアしなければならず、受け入れてもらえない。／・後方施設に行くことを両親が納得するまでに時間がかかる。(遠方の施設や入院費が高くなるなど)。</p>
後方施設の要望	<p>・後方施設側から、児童相談所が責任をもって入院費を支払う措置入院でしか、受け入れないと要望される。</p>

表31. 退院調整で困難な点 :4. その他

退院調整で困難なその他の点
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅診療の施設が少ない。・ホームドクターが見つからない。／・小児担当の訪問看護ステーションが少ない。 ・新生児専門の訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ等の拡充が必要。／・ショートステイ先の予約はいつもいっぱい。 ・ステーションが見つからない。・病児保育施設がない。／・地域でのサポート体制(訪問看護がない地域)に困難。 ・小児専門の往診医や訪問看護ステーションの不足。／・医師の退院へむけての取りかかりを早くする必要がある。 ・医療者の中でも退院させることに困難を感じている者も少なくない(あきらめている)・訪問看護ステーションの不足と経済的負担が大きい。／・小児で医療依存度の高いケースでは、訪問看護ステーションが受け入れてくれない。
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅を目指しレスピレーター(必要時装着すれば良い程度)なら自宅退院を推めているが、実際に退院後のフォローや訪問看護などの制度やシステムが確立していない。／・市町村によってサービスに差があり在宅医療が受けにくい。
<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳、小児慢性特定疾患の認可に時間がかかり、退院時必要な物品(バギー)の準備が出来ないため、退院待ちになっている。／・在宅用の人工呼吸器が児に合わない。
<ul style="list-style-type: none"> ・染色体異常や医療的ケアを必要とする患者が年々増加。／・治療をどこまで行うのか、その治療をどこで行うのか、計画的に退院支援をすすめることができない。
<ul style="list-style-type: none"> ・保険適応額と実際の診療材料額に大きな差が発生している(病院の持ち出し)。／・在宅に帰る場合、医療機器、材料購入などの経済的な負担。／・家族の負担を少しでも軽減できるようなレスパイトサービスの不足。／・家族の精神的なフォロー(継続的に)退院後の相談窓口がない。
<ul style="list-style-type: none"> ・デイケア、ショートステイ、一時預かり(家庭での)、レスパイトなど、退院後に使用できる施設がない。／・退院までに使用できる場所(数が少ない上にいつもいっぱいとても待つといわれる)がない。
<ul style="list-style-type: none"> ・受け入れ施設のベッド数や空きの問題、また県内における施設数が不足している。／・後方施設との連絡体制が整っていない
<ul style="list-style-type: none"> ・外国人が多く言葉が通じない。文化が違う。

表32. NICU/GCUから在宅医療へと転換する際に利用するサービス

NICU/GCU から在宅医療へと転換する際に利用するサービス
<ul style="list-style-type: none"> ・産後ヘルパー、育児サポートシステム(市町村)、地域療育支援事業(〇〇県)小児慢性、重身の手帳の申請とサービス事業の紹介をしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・保健師の訪問保健師など地域からの支援保健センターの保健師、地域の保健師保健師、助産師、ヘルパーの訪問。
<ul style="list-style-type: none"> ・保健所、保健センター・乳児院(児相介入)・院内連携(NICU/GCUから一度一般病棟の移動する)
<ul style="list-style-type: none"> ・数日スパンのレスパイト入院施設・NICU/GCUから在宅医療へと転換することがない。当院では小児科に転棟後、在宅へむけている。

表33. NICU/GCUから転院する際に利用する後方施設

NICU/GCU から転院する際に利用する後方施設(件)
・県立病院・市民病院。日赤病院。両親の居住地病院などの病院(5)
・療育センター ・乳児院(2) ・紹介元の病院
・地域周産期母子医療センター(2)・小児病院(専門)(2)・当院の小児科へ転棟する当院小児科

表34. 新生児特定集中治療室退院調整加算への希望

新生児特定集中治療室退院調整加算について
・GCU入院患児も対象にしてほしい。(特に社会的なハイリスク)。/NICU再入院児も対象にしてほしい。
・退院調整にあたり、指導、MSWや地域との話し合いまで何回かプロセスがあるので、何をもって1回とするのか。
・施設を紹介したり、家族と面談時に算定できるとよい。
・医師、MSW、看護師、地域の保健師等多くの職種が関わり、調整が必要なため回数を増やしてほしい。
・この加算の対象が今年10数例あるが、病院が加算を取る方向に動いていないため、点数が上げば動いてくれることが期待できる(何度か働きかけているのですが・・・)
・在宅移行までに少なくとも2回以上はカンファレンスをもっている。多い時はそれ以上になる。平均しての回数、ケースに応じて増えることも可能にしてほしい。
・NICUから地域のNICUへの転院の際やNICUから後方病棟への移動後、状況が変化し、医療が高度になった場合。(それぞれ入院時間が延長されるため、段階毎にあっても良いかと思われれます。)
・点数は成人と比較すると、すでに高い評価を受けているのでそのままよい。回数については、カンファレンスを多職種や院外スタッフで実施した時に応じて算定できるとよい。
・困難症例においては、準備・教育に時間を要し、軽症例との分けた考え方が必要。困難症例に1回の退院調整加算は少ない。
・退院にむけての病棟における指導。退院にむけての調整支援会議。地域連携の為の会議と最低でも3回はチーム会議を持つ。回数に合わせて欲しい。 ※連携パスが実施されている場合は別の加算がほしい。
・退院時期が延期となるケースや、長期入院時には、当初の退院支援計画が変更となるケースも発生している為回数を増やしてほしい。
・退院調整をすすめる中での指導には時間、人手を要すること、他職種が意見交換をし、より現実的なプラン調整をすすめるには時間と準備を要する為、回数を増やしてほしい。
・重要なカンファレンスを行った回数、地域の保健師を呼んで、医師、MSW、退院調整看護師、受持看護師などの拡大カンファレンスをしている時も1回と考えてほしい。
・退院調整に要する時間によって、算定の仕方をかえてもよいのではないか。ソーシャルワーカーが関わったら必ず算定するなど。
・支援調整のために要する時間や人的資源を考えて多職種カンファレンスや治療方針を変更した時に追加としてとれるとよい。
・調整機関数、地域カンファレンスの回数等で点数を考える。家族指導はじめ訪問看護師の調整、指導、多機関との連携に時間を要する。

<p>・退院支援計画を策定するが、後方病院が少ない為、適切な退院先を決められない事が多いため、退院時に1回300点でよいと考える。</p>
<p>・加算の算定をしている場合は事前にさまざまな準備をし、退院後の生活が円滑になるよう調整をしている。成人の退院調整加算の点数を考えると、現在より高くしてほしい。</p>
<p>・退院するまでに関係機関への調整が一度では終わらない場合が多く、入院中にカンファレンスを行ったり、情報提供する場合、加算は必要な行為として認めていただきたい。</p>
<p>・中規模病院では専従配置することが困難だが、比較的NICU施設の大きい病院は小児専門病院が多いがそれらは病床数が少ない。むしろ専従ではなくせめて専任としてほしい。</p>
<p>・回数を重ねて退院調整を行っている。 ・病院から事前の家庭訪問に加算をつけて欲しい。</p>
<p>・退院できるための家族への支援に1回と退院後の状況の確認のため訪問に対して1回。</p>
<p>・調整回数は数回集まるケースもあるので1回ではなく多い方がいいと思う。</p>
<p>・児により変わる→(1)地域につなぐだけの児と、(2)在宅医療の為各部門との調整が必要な児では異なると思う。例えば(1)だと1回の点数300を1回、(2)だと点数500を1回または調整ごとにする等。</p>
<p>・退院調整には、多くの時間を費やす場合が多い。</p>
<p>・医療依存度が高いとき、・初回顔合わせ。・計画立案。・計画修正。・最終確認の段階が必要である。</p>
<p>・成人では退院カンファレンス実施することで、2000点加算となっている。参加者の中にケアマネージャーが入っていることであるが、養育支援での退院前カンファレンスでは、医師、保健師、訪問看護ステーションナース等の参加もあり、加算に向けて取り組んでもらいたい。また、退院手続きに向けての打ち合わせ等の連絡等もかなりの時間と電話代金等もかかっている。</p>
<p>・退院調整には、NICU・GCUのNsが多くの時間を費やす。(退院指導に地域施設との連携など)。・成人の様に訪問看護ステーションなどの打ち合せにも加算がつくと良いのではないかと。・NICUだけでなく、GCUのみの入院時でも酸素・経管栄養などを持ち帰る児が多い為、GCUだけの入院児にも必要。</p>
<p>・ケースによって違う、人工呼吸器、ストマ管理、経管栄養等内容によって時間がかかるため。</p>

表35. 長期入院の子どもの退院に必要な条件

長期入院の子どもの退院に必要な条件(件)
1. レスパイト(6). ショートステイ(1)
2. NICU 退院支援看護師の育成 (3) ・NICU内で退院調整に従事するスタッフの育成。・部署における退院調整看護師の確立。・NICU経験のある看護師が退院調整をできるようにする。・退院後のコーディネーターが必要(退院後の支援を行う)
3. 退院のための準備施設や体制の充実 (5) ・院内外泊のための施設(設備)。・ピアサポートのシステム化。・教育システム(訪問学級と利用拡大のシステム)の充実。・リハビリや複数の専門施設の外来を必要とする為の受診サポート。 ・病児室から直接退院する前に短期母児同室で(院内外泊できる)退院の練習できる病室があるとよい
4. サービスの格差をなくす(4) ・同胞に対しての支援(双子や乳幼児の同胞にも手がかかる)保育園の優先など。・地域サービスの差をなくす。・地域や自治体によって格差のないように県で整備してほしい。・福祉の充実。
5. かかりつけ医がない。 ・新生児を担当できる医師が少ない

表36. NICU/GCU退院調整の看護管理上の問題点など、その他コメント

1. 小児担当のケアマネージャー的存在が設置されていないため、地域との連携がスムーズに進めず、時間がかかる。施設側と地域側のコーディネーターが必要である。
2. 精神疾患をかかえる母親が増えている。母親の病状が出産を機に悪化し、面会にこれなかったりすると退院が中々進まない。家族をキーパーソンにしたいでもキーパーソンになる人がいないことが多い。
3. 社会的な問題により、家族の受け入れができない場合(更にクレマーなど)、後方病床との連携や社会資源の活用がスムーズにいかない。NICUそのものが窓口となって調整をとらなければ、話しがすすみにくい現状にある。
4. 専任の退院調整役割看護師の配置が必要。現在の配置数では日々のケアで手いっぱい。
5. 退院調整を継続的に行える業務に人員を配置する必要性を感じているが、院内では成人(老年)を中心にしか活動されていない。
6. 退院調整カンファレンス時、受け持ち看護師まで日程調整がつかず、夜勤明けや休みでも出てきている。日勤でもカンファレンスに出席している看護師のためのマンパワー。
7. 個人情報の管理(便利よく→メールやFAX、プライバシーの保護)
8. 自宅退院の場合、家族の児に対する愛着が十分ではないと感じる場合でも、入院による治療が不要な状況になるとやむをえず退院をすすめていることがある。保健師や訪問看護の介入を依頼しているが、本当に退院してよかったのかと悩むことがある。重症心身障害施設や訪問看護の充実を希望する。
9. NICUとGCUが新生児病棟の中で一緒になって、それぞれ独立していない状況である。看護スタッフの配置ができていない。(十分な)→GCU加算がとれていない
10. NICU退院後は、小児科フォローとなるが、長期入院症例では小児病棟の受け入れが困難な場合がある。
11. 病院として、どう考えるのが重要。それにより、しくみとして整備をしなければならない。ハードやソフトは整備をする。命のある子供達を守るために！！
12. ベビーは順調に経過しても、親が育っていかないケースもあり、家族看護に非常に時間を要す現状。

13. 後方ベッドへの移動が病棟移動となるため、ベッド調整が困難である。
14. 長期化している児の最長は現在では3才10ヶ月児である。小児病棟とも連携しているが小児病棟自体もレスパイト対象児が増し、ベッドコントロールに支障が出て来ている。(急性期疾患対応できない状況も発生)。適正なベッド調整を図る上では後方病床の確保を院内・院外に設置しないと改善はむずかしい。
15. 他職種との連携強化やネットワークづくりが不十分な為、スムーズな退院支援ができていない。システムの構築が必要である。
16. 当院では外科的治療は行っていないため、他施設に比べ長期入院のお子さんは少ない現状にあります。また〇〇〇の〇〇地区では産科・小児科診療を行なっている施設に限られており、又5年前の近院との周産期集約により妊婦の管理が産前から自施設で行なえるようになったため、超極低出生児の出生は減少傾向にあります。新生児搬送の減少は、児のその後の経過に(良い)影響を与えていると思います。ただ万が一医療処置が必要となった場合、近くに小児専門医がいらないため在宅でみることは難しいケースがでてきます。
17. 県内における後方施設が少ない。又は空きがないために退院指導をすすめても入院が長期化する。
18. NICUから退院する児への関わりに対する診療報酬加算を看護レベルで算定できるようになれば、看護師のモチベーションが上がると思う。
19. 継続看護(現在、退院後の電話訪問を行っている)。(退院後の生活をふまえ)外来受診など長期入院していた超低出生体重児への関わり時間が、充分にとれないこと。
20. 医療依存の高い児を在宅に帰るために、NICU看護師も対応できるようレベルアップを図ることが必要。
21. 医療依存度が高いことに加えて、社会的リスクの高い家族が増えてきて、社会的な入院延長もみられる。
22. 院内の小児病棟へ転棟するには、小児病棟に入院しているCP等、慢性疾患で呼吸器の管理ができる施設を作らなければ空きができず転棟が困難である。
23. 小児科、新生児科医師の連携、自分達が診るというこだわりの意識改革が必要。
24. 積極的に退院調整を進めないと退院が進まないケースが増えてきているため退院調整にかかわる業務量の増大や、スタッフの負担も(他部内も含む)増えてきている。
25. 退院前の合同カンファレンスなど、勤務表作成後に日程が決まるため(地域の保健師、訪問ステーションの都合が優先される)休みの日に出席することがある。
26. 院内の退院調整者が中心になり、早期よりC・Jを開催できるよう調整できたらよい。
27. 2011年度、県からの事業で入院児支援コーディネーターを置き試験的に活動している。
28. 長期入院児になると多くの人が退院調整に関わらなければならない為、勤務時間を調整することが難しい時もある。
29. 複雑な問題で児童相談所に出むくこともあるが、スタッフは出張できないので、院外での活動はコーディネーターに行ってもらおうようにしている→しかし移動時の事故など安全に関しては心配している。
30. 現在、退院調整部門がない為、受持看護師を中心として実施している。保健センター、訪問看護ステーション、事務手続等の連絡に時間を要し看護事務にも支障を生じることがある。又、受持ち看護師は3交替勤務であり細部については、確認するのに時間を要する。
31. 重症長期入院児の退院先としては、自宅での看護ができない場合ほとんどない状態であるため、対象となるのは両親などの家族、地域の養育支援担当者、カテテルなどの業者が多く、あまり困る場面はない。
32. 人工呼吸器装着の場合などは、訪問看護やデイケアなどの調整が必要となるが数が多くないし特に困難な事はない。施設、病院の受け入れ先がない事が一番大きな問題と考える。

33. 医師に入退院の権限があり、介入しにくい。医師の協力が必要。
34. 外出、外泊をした方がよいケースの場合、個室では外泊は可能であるが、自宅への外出、外泊が困難な為、小児病棟に出てから申し送りをして実施してもらっている。
35. 日常業務と同時進行で退院調整を実施するため、看護師の負担感が強い。
36. 親が権利意識を強くだし、親が納得できない処置、退院指導を受けつけようとしなかったり、高圧的な話し方をするなど看護師の心理的ストレスが強い。(マスコミに訴える、弁護士に訴える、特定の看護師を無視するなど)
37. NICU入院中は、母子同室ではない為に、家族が医療者に対して依存が高くなっていると思われる。
38. 早期より小児病棟で母子共に指導する時間を計画する事が重要。

表37. NICUにおける退院支援パス

時期	入院前(産科外来・産科病棟)	NICU入院後当日～日齢2日	～体重1500g(GGU転棟前)	GGU転棟時	退院準備期	外泊・外出	退院	
月日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日	月 日～ 月 日	外泊(月 日～ 日)	外出(月 日)	
母・父	<ul style="list-style-type: none"> ○家族と医療チームでカンファレンスを行う。(必要時) <参加者> <ul style="list-style-type: none"> □家族(母・父) □NICU退院支援看護師 □MSW ○病棟の理解度 ○養育医療・育成医療の申請 	<ul style="list-style-type: none"> ○面会 <ul style="list-style-type: none"> □NICU退院支援看護師 □MSW □医師(産科・小児科) □産科担当助産師・看護師 □地域(保健師・子ども家庭支援センター) □その他 ○ケースの把握・情報収集 ○入室前訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ○ケア参加(おむつ交換、授乳、カンガルーケアなど) ○出生日、月、日 ○在胎週数 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族と医療チームでカンファレンスを行う。(定期的に実施) <参加者> <ul style="list-style-type: none"> □家族(母・父) □NICU担当看護師 □NICU退院支援看護師 □MSW □医師(小児科) □産科担当助産師・看護師 □地域(保健師・子ども家庭支援センター) □その他 ○児がGGUに転棟する状態にあることを理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族と医療チームでカンファレンスを行う。(定期的に実施) <参加者> <ul style="list-style-type: none"> □家族(母・父) □NICU担当看護師 □NICU退院支援看護師 □MSW □医師(小児科) □産科担当助産師・看護師 □地域(保健師・子ども家庭支援センター) □その他 ○児がGGUに転棟する状態にあることを理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○育児技術習得 <ul style="list-style-type: none"> ○おむつ交換 ○母乳・人工乳 ○沐浴 ○尿の状態の把握 ○準備開始(月 日)～終了(月 日) ○NICU担当看護師 ○NICU退院支援看護師 ○受診が必要な状況の把握 ○予防接種の検討 ○家族と医療チームでカンファレンスを行う。(定期的に実施) <参加者> <ul style="list-style-type: none"> □家族(母・父) □NICU担当看護師 □NICU退院支援看護師 □MSW □医師(小児科) □産科担当助産師・看護師 □地域(保健師・子ども家庭支援センター) □その他 ○育児技術指導(上の欄参照) ○在宅医療の指導(必要のある場合) ○経管栄養法 <ul style="list-style-type: none"> ○在宅人工呼吸機(下の欄参照) ○吸入 ○気管切開管理 ○吸引(口腔 気管) ○その他 ○在宅医療に必要な物品(消耗品、レンタル物品)の確保、家族との調整 ○外泊に向けての準備 <ul style="list-style-type: none"> □院内 □院外 ○外泊に向けての準備 <ul style="list-style-type: none"> □院内 □院外 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後の生活に向けて家族の全ての準備ができる ○退院後ケア計画の内容(今後の方針など)を理解できる ○NICU担当看護師 □NICU退院支援看護師 □MSW □医師(小児科) □リハビリ □産科担当助産師・看護師 □地域(保健師・子ども家庭支援センター) □その他 ○看護計画確認・修正 ○医療的ケア等の技術習得状況 ○看護計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付)
NICU担当看護師	<ul style="list-style-type: none"> ○ケースの把握・情報収集 ○入室前訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ○面会時のケア ○入室後訪問(必要時) ○退院スクリーニングシートの作成 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケア等の必要性と指導開始(必要時) ○その他 ○家族の意向・思い(児の状態や家族の受け入れ状態についてなど) 	<ul style="list-style-type: none"> ○児がGGUに転棟する際のリピトリスナなどを把握し、家族に説明してのとらえ方) 	<ul style="list-style-type: none"> ○育児技術指導(上の欄参照) ○在宅医療の指導(必要のある場合) ○経管栄養法 <ul style="list-style-type: none"> ○在宅人工呼吸機(下の欄参照) ○吸入 ○気管切開管理 ○吸引(口腔 気管) ○その他 ○在宅医療に必要な物品(消耗品、レンタル物品)の確保、家族との調整 ○外泊に向けての準備 <ul style="list-style-type: none"> □院内 □院外 ○外泊に向けての準備 <ul style="list-style-type: none"> □院内 □院外 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後の生活に向けて家族の全ての準備ができる ○退院後ケア計画の内容(今後の方針など)を理解できる ○NICU担当看護師 □NICU退院支援看護師 □MSW □医師(小児科) □リハビリ □産科担当助産師・看護師 □地域(保健師・子ども家庭支援センター) □その他 ○看護計画確認・修正 ○医療的ケア等の技術習得状況 ○看護計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付) 	
NICU退院調整看護師	<ul style="list-style-type: none"> ○ケースの把握・情報収集 ○入室前訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニングシートの情報共有 ○退院支援に関する看護計画確認(これまでの経過、今後の見通し) ○医療チームと児及び家族の現状を共有する ○MSWや地域と社会的資源について確認する ○必要時カンファレンスの調整 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニングシート再評価 □1500g未満 □1500g以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニングシート再評価の情報共有 ○退院支援に関する看護計画確認(これまでの経過、今後の見通し) ○医療チームと児及び家族の現状を共有する ○MSWや地域と社会的資源について確認する ○必要時カンファレンスの調整 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング ○退院方向(在宅医療口有 □無) ○転院方向 □未定 (理由) ○社会的背景介入の必要 □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング再評価(転院・転棟の場合は右欄記入) ○退院支援に関する看護計画確認(これまでの経過、今後の見通し) ○退院に向けての家族の意向・思いを確認する(在宅転院) ○育児に必要な知識・技術について家族の習得状況を確認する(面会時) ○MSWや地域と社会的資源について確認する ○必要時カンファレンスの調整 ○退院支援計画書作成(家族と医療チームでカンファレンスを行った結果を基に、家族の意向を尊重) ○退院 ○患者家族の理解度の確認 ○在宅での医学的管理 病状 予後等 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後ケア計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付)
MSW	<ul style="list-style-type: none"> ○ケースの把握・情報収集 ○入室前訪問(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報収集(必要時)地域への連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報収集(必要時)地域への連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報収集(必要時)地域への連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング ○退院方向(在宅医療口有 □無) ○転院方向 □未定 (理由) ○社会的背景介入の必要 □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング再評価(転院・転棟の場合は右欄記入) ○退院支援に関する看護計画確認(これまでの経過、今後の見通し) ○退院に向けての家族の意向・思いを確認する(在宅転院) ○育児に必要な知識・技術について家族の習得状況を確認する(面会時) ○MSWや地域と社会的資源について確認する ○必要時カンファレンスの調整 ○退院支援計画書作成(家族と医療チームでカンファレンスを行った結果を基に、家族の意向を尊重) ○退院 ○患者家族の理解度の確認 ○在宅での医学的管理 病状 予後等 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後ケア計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付)
医師	<ul style="list-style-type: none"> ○病状説明(産科・小児科)(月 日 時 医師) 	<ul style="list-style-type: none"> ○病状説明 	<ul style="list-style-type: none"> ○病状説明 	<ul style="list-style-type: none"> ○病状説明 ○方向性を把握し、必要時、他の医療機関に連絡を取る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング ○退院方向(在宅医療口有 □無) ○転院方向 □未定 (理由) ○社会的背景介入の必要 □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング再評価(転院・転棟の場合は右欄記入) ○退院支援に関する看護計画確認(これまでの経過、今後の見通し) ○退院に向けての家族の意向・思いを確認する(在宅転院) ○育児に必要な知識・技術について家族の習得状況を確認する(面会時) ○MSWや地域と社会的資源について確認する ○必要時カンファレンスの調整 ○退院支援計画書作成(家族と医療チームでカンファレンスを行った結果を基に、家族の意向を尊重) ○退院 ○患者家族の理解度の確認 ○在宅での医学的管理 病状 予後等 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後ケア計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付)
リハビリ			<ul style="list-style-type: none"> ○情報収集(必要時) ○リハビリの開始(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報収集(必要時) ○リハビリの開始(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング ○退院方向(在宅医療口有 □無) ○転院方向 □未定 (理由) ○社会的背景介入の必要 □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院スクリーニング再評価(転院・転棟の場合は右欄記入) ○退院支援に関する看護計画確認(これまでの経過、今後の見通し) ○退院に向けての家族の意向・思いを確認する(在宅転院) ○育児に必要な知識・技術について家族の習得状況を確認する(面会時) ○MSWや地域と社会的資源について確認する ○必要時カンファレンスの調整 ○退院支援計画書作成(家族と医療チームでカンファレンスを行った結果を基に、家族の意向を尊重) ○退院 ○患者家族の理解度の確認 ○在宅での医学的管理 病状 予後等 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後ケア計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付)
産科担当助産師・看護師	<ul style="list-style-type: none"> ○NICU退院支援看護師・MSW(地域・必要時)に情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○産前期のケア ○病棟の理解度の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ○産前期のケア ○NICUにおける児の状況及び家族の育児状況の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ○NICU看護師・NICU退院調整看護師と情報の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ○産前期のケア ○GGUにおける児の状況及び家族の育児状況の把握 ○NICU看護師・NICU退院調整看護師と情報の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ○産前期のケア ○NICUにおける児の状況及び家族の育児状況の把握 ○NICU看護師・NICU退院調整看護師と情報の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後ケア計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付)
地域(保健師・子ども家庭支援センター・訪問看護ステーション)	<ul style="list-style-type: none"> ○入室前訪問(必要時) ○カンファレンスに参加(必要時) 				<ul style="list-style-type: none"> ○カンファレンスに参加(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後ケア計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付) 	
その他(福祉心理士・外来看護師・保育士)	<ul style="list-style-type: none"> ○カンファレンスに参加(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> ○カンファレンスに参加(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ○カンファレンスに参加(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ○産前期のケア ○NICUにおける児の状況及び家族の育児状況の把握 ○NICU看護師・NICU退院調整看護師と情報の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ○外泊(月 日～ 日) ○外出(月 日) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後ケア計画の把握、看護サマリイ記載 ○地域への情報提供(退院時の状況、未熟児出生連絡票の送付) 	
診療報酬	<ul style="list-style-type: none"> <ハイリスク妊産婦の管理> ○ハイリスク妊産婦共同管理料 ○ハイリスク妊産婦管理加算 ○ハイリスク分娩管理加算 <NICUの入院料> ○総合周産期特定集中治療管理料 ○新生児特定集中治療管理料 ○NICU入院料 ○NICU分娩管理加算 ○NICU分娩管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> <NICUの入院料> ○新生児特定集中治療管理料 ○NICU入院料 ○NICU分娩管理加算 ○NICU分娩管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> <NICUの入院料> ○新生児特定集中治療管理料 ○NICU入院料 ○NICU分娩管理加算 ○NICU分娩管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> <NICUの入院料> ○新生児特定集中治療管理料 ○NICU入院料 ○NICU分娩管理加算 ○NICU分娩管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> <NICUの入院料> ○新生児特定集中治療管理料 ○NICU入院料 ○NICU分娩管理加算 ○NICU分娩管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> <NICUの入院料> ○新生児特定集中治療管理料 ○NICU入院料 ○NICU分娩管理加算 ○NICU分娩管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> <外泊時、退院前、退院日の訪問看護の評価> ○退院前訪問指導料 	<ul style="list-style-type: none"> <退院後の看護師等による療養指導の
ヴァリアンス	<ul style="list-style-type: none"> □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> □有 □無 	<ul style="list-style-type: none"> □有 □無 	
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ○母・父が支援資源(医療チーム)を知ることができる ○母・父が産院に入院後の施設について知ることができる ○医療チームが産院に向けて情報を共有できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○出生後早期の児及び家族の現状を医療チームが共有できる ○退院後ケア計画で母及び医療者が情報共有できる ○退院スクリーニングシートで現状の把握ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ○母・父が児へのケア参加ができる ○退院後ケア計画で母及び医療者が情報共有できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族がGGUへ転棟する状態を医療チームと共有できる ○今後の方向性について確認できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族と医療チームで退院後の生活について共有できる ○家族と医療チームが退院の見通しを持つことができる 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族の疑問や不安な点を確認できる ○児や家族に必要な支援を確認できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○安全に退院できる ○退院後に家族に必要な支援が受けられる環境を整えられる 	

表 38. NICU における退院支援パス運用 例)

表 38. NICU における退院支援パス運用 例)

<目的>

1. 家族・医療者が退院に向けて準備を整え、退院に向けた必要なケアが受けられるようにする。
2. 医療的処置を必要としない児も含めて円滑に退院ができるように支援する。
3. 対象となる児とその家族が退院に向けての方向性を医療者と共に話し合う機会を設け、医療チームで支援する。
4. 退院支援計画書を作成するための資源とする。
5. 各施設の運用に則って活用する。

<対象>

NICU に入院が予測される児

NICU に入院し、新生児特定集中治療室管理料を算定している児

(NICU に入院をしていなくても退院支援が必要な児⇒社会的背景・母の身体的な状況など)

<パス使用開始時期>

1. 妊娠中 NICU に児の入院が予測される場合
2. 母体搬送で急速に分娩に至った場合は、NICU に児が入院した時から使用を開始する。

<留意点>

1. 患者の状態及び家族の精神的・身体的状態をアセスメントした上で、必要なケアを考え支援する。
2. 家族とのカンファレンスの前に医療チーム内で方向性を確認した上で話し合いに臨む。
例；在宅医療に向けた必要な社会資源の確認、家族の習得技術の確認、治療方針と退院の時期についての確認、家族の受け入れ状況及び育児に必要な物品の準備状況の確認など
3. 退院支援調整看護師または社会福祉士が中心となって医療チーム及び家族と日時を調整する。
特に長期入院児に対しては定期的カンファレンスを行い、方向性を確認できるようにする。
4. 退院に向けて具体的な支援の方向性が決定したら、退院支援調整看護師または社会福祉士が主治医・担当看護師など医療チームで協働し、退院支援計画書を作成する。作成後、家族に説明を行い退院に向けた方向性の確認・同意を得る。計画書の修正が必要な場合は適宜修正し、家族に説明し方向性の確認・同意を得る。
5. カンファレンスの内容は記録に残し、経過がわかるようにする。

資料1. 質問紙調査用紙調査協力依頼文

総合母子周産期医療センター

看護管理者各位

「新生児特定集中治療室 (NICU) の退院支援業務に関する調査」
ご協力をお願い

謹啓 初秋の候、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

平成 20 年 11 月に、周産期の救急患者の受け入れ困難事案が発生したことを受け、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」が設置されました。平成 21 年 3 月に作成された報告書の中で、周産期母子医療センターの指定基準の見直し等、周産期医療再建のための施策が提案されました。

そこで、「周産期医療体制の推進に関する研究」と題し、周産期医療の質の評価を科学的に行うことで、中長期的な観点から周産期医療体制の整備方針を検証したいと考え、大規模な研究を企画いたしました。尚、本研究は、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）を受けて実施いたします。厚生労働省と日本産科婦人科学会および日本産婦人科医会及び日本周産期・新生児医学会の協力の下、全国の周産期母子医療センターの実態調査、地域の周産期医療連携状況の分析、コーディネーター配置による効果など、施策の普及状況や導入の効果について検討することとしています。

「新生児特定集中治療室 (NICU) の退院支援業務に関する調査」は、「周産期医療体制の推進に関する研究」の一端を担う調査であり、総合母子周産期医療センターの新生児特定集中治療室 (NICU) における退院支援業務の実態を把握するための重要な調査であります。NICU に入院している子どもの退院支援に関連する要因を分析し、必要な支援策を検討したいと考えております。

ご多忙中に大変恐縮ではございますが、ぜひとも「新生児特定集中治療室 (NICU) の退院支援業務に関する調査」へご協力くださいますようお願い申し上げます。ご不明な点等がございましたら、分担研究代表者（福井トシ子）までご連絡いただければ幸甚でございます。どうかご助力賜りますようお願い申し上げます。

謹白

【周産期医療体制の推進に関する研究】

研究代表者 池ノ上 克

分担研究代表者 福井トシ子

《分担研究代表者 連絡先》 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2

公益社団法人 日本看護協会

Tel : 03 (5778) 8831, Fax : 0282 (87) 2382

Mail : toshiko.fukui@nurse.or.jp

「新生児特定集中治療室(NICU)の退院支援業務に関する調査」

ご協力のお願い

本調査は、新生児特定集中治療室(NICU)における退院支援の拡充に向けた基礎データを得るため、NICU入院児の退院支援業務の実態と課題を把握することを目的としています。

本調査への参加は、自由な意思に基づいています。この調査にご協力いただけない場合でも、今後の業務に影響を及ぼすことはありません。匿名で行うため、プライバシーは保護されます。また、質問票における回答結果は、統計的な処理を行い、病院が識別できる情報を公表することはありません。

本調査票は、ご提出をもちまして、この調査へご協力いただいたものとみなさせていただきます。ご多忙の折誠に恐縮ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

<研究メンバー>

- ◎福井 トシ子 (公益社団法人 日本看護協会 常任理事)
- 落合 直美 (杏林大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター)
- 小野田 舞 (日本看護研究学会 首都大学東京大学院 人間健康科学研究科)
- 宇藤 裕子 (日本新生児看護学会 理事長)
- 長内 佐斗子 (日本新生児看護学会 副理事長)
- 木下 千鶴 (日本新生児看護学会 理事)

【調査に関する連絡先】

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2 公益社団法人 日本看護協会
Tel 03(5778)8831, Fax 0282(87)2382, E-mail toshiko.fukui@nurse.or.jp

記入にあたってのお願い

- ・本調査票は、総合周産期母子医療センターの業務に携わっている看護師長がご記入下さい。
- ・それぞれの設問に対し、該当する番号に○をつけ、()内には具体的な数値、または内容をご記入下さい。
- ・平成23年度9月1日0時現在のデータをご記入下さい。
- ・本調査用紙は、11月18日までにご返信下さい。