

平成 26・27 年度 厚生労働科学研究費補助金 （地域医療基盤開発推進事業）

小児在宅医療推進に関する研究

病院と医療と地域をつなぐ仕組みと役割分担及びクリティカルパスの作成

研究協力者

大山昇一：済生会川口総合病院 小児科

位田 忍：大阪府立母子保健総合医療センター

冨田 直：東京都立小児医療センター 神経内科子ども家族支援部門総合診療科

緒方健一：おがた小児科・内科医院

船戸正久：大阪発達総合療育センター

南大阪小児リハビリテーション病院

宮田章子：さいわいこどもクリニック

研究分担者

梶原厚子：NPO 法人 あおぞらネット

山田雅子：聖路加国際大学看護学部 教育センター

研究要旨

地域に構築すべき医療機関の間の連携のあり方を具体的に例示し、施設と地域をつなぐ仕組みと役割分担を提案した。まず小児在宅医療を行う施設を階層化し、それぞれの役割分担を明確にして重層的な小児在宅医療の受け皿を構築することが望まれる。病院から地域への在宅移行のモデルとして「大都市型」、「中都市型」の二類型を提案し、病院から在宅移行するためのクリティカルパス、基幹病院から在宅療養後方支援病院へ転院する際のチェックリスト、在宅から入院する場合のチェックリストを提示した。

研究の背景と目的

小児在宅医療を必要とする子どもたちの地域における受け皿を構築することは喫緊の課題である。その一方で、それらの構築がなかなか進まないことも事実である。その原因には多くの理由があるが、中でも具体的な医療連携の構築と診療報酬制度の枠の中でそれらがどのように運用されるかについての理解が十分でないことが挙げられる。

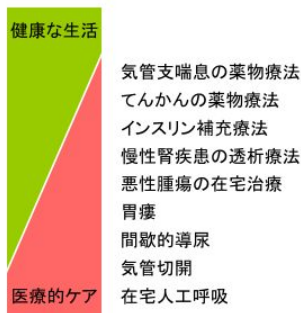
この研究では、今後地域に構築すべき医療機関の間の連携のあり方を具体的に例示し、これから小児在宅医療の枠組みを整備しようと考えている施設と地域をつなぐ仕組みと役割分担を医療供給背景別に提案し、実際の在宅移行へ向けた病院と地域のクリティカルパスの例示、地域と病院の連携の際のチェックリストを例示することを目的とした。

1. 病院の規模・役割別の在宅移行のあり方の提案

これまでの小児医療における治療のゴールは病前の健康な状態への復帰が暗黙の要求事項であった。しかし、過去数十年の医療全体の発展により疾病の治療後の状態は大きく変化することになった。図1にあるように元通りの健康を取り戻して社会に帰っていく子ども達がいる一方で、医療的ケアに依存しながら社会に帰っていく子ども達も無視できない数に増加している。現実的に即して考えれば、小児の在宅医療も一般的な社会復帰の一類型と考えることができる。在宅医療を継続する子ども達はもはや「特殊な例」ではなく、その子ども達に対するケアを真剣に考えねばならない時代に突入しているのである。

医療的ケアを必要としながら社会復帰していく子ども達への施策を考える場合、個々の子ども達の状況は（図1）に示すごとく極めて多岐にわたっており、その全てを単純な枠組みで、包括的にケアする方策を考えることは多大な困難を伴うことが想定される。

図1 健康な生活と医療的ケアの関係の概念図



すでに小児救急医療は一次から三次にわたる機能的、構造的な役割分担が完成しており、急性期疾患の子どもたちは、この階層

構造に従って効率的に医療を受けることができるようになった。小児在宅医療を考える場合にも、この階層構造を上手に利用して機能分化しながら階層的にケアする方策を考慮することが合理的ではなかろうか。

すなわち、小児在宅医療もその内容に応じて一次、二次、三次と階層化させ、それぞれが要求される医療的ケアに応じたレベルの医療機関がその受け皿となることを考慮するべきであると考えられる（図2）。

図2 小児在宅医療提供の階層化

階層	施設	医療ケアの内容	ショートステイ 緊急入院	訪問	在宅移行 の調整
一次	診療所、病院 ・地域の病院、診療所 ・在宅支援診療所、病院 ・強化型の診療所、病院 ・医療型産育病院 ・地域連携小児科	病状は安定 経管栄養 在宅酸素療法 ワカチン接種	△	○	×
二次	二次病院 ・在宅療養後方支援病院 ・地域小児科センター ・病院 ・地域連携小児科 ・医療型産育病院	病状は比較的安定 気管切開 胃瘻	○	○	○
三次	基幹病院 ・特定機能病院 ・小児病院など ・地域小児科センター	病状が不安定 人工呼吸管理 中心静脈栄養	○	△	○

注：この表は小児在宅医療のための資源が整わない地域で構築する際の目安。すでに独自のシステム構築がなされている場合に変更を勧奨するものではない。

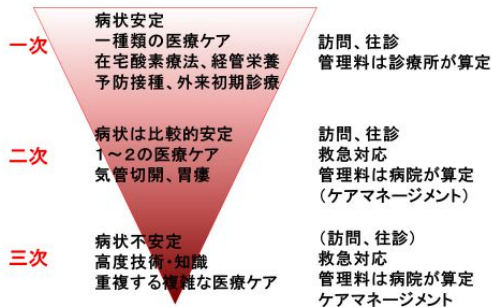
例えば、一次医療に相当する小児在宅医療としては病状が安定しており、経鼻胃カテーテルによる栄養管理や在宅酸素療程度度の医療的ケアと予防接種や日常の中の体調不良などを主にケアしていけば良い子どもたち、二次医療に相当する小児在宅医療としては病状が時に不安定で気管切開や胃瘻管理などが主たる医療的ケアである子どもたち、三次医療に相当する小児在宅医療としては病状が不安定で在宅人工呼吸などの重装備の子どもたちというようにである。

2. 小児在宅医の育成のための在宅医の中での役割分担と階層化

それぞれの階層に応じて地域で在宅小児医療を受け持つ医療機関は自ずと分化していくものと思われる（図3）。例えば、一

次医療に相当する在宅医療の子どもであれば地域の診療所などが主治医として関わる、二次医療に相当する在宅医療の子どもであれば地域の病院などが主治医として関わる、三次医療に相当する在宅医療の子どもであれば中核病院あるいは地域小児科センターなどが主治医として関わる、という棲み分けは現実的であると思われる。それぞれの規模の施設が互いに重なり合い、その機能を補いながら重層的に小児への在宅医療を提供していくことも重要であると考えられる。このような重層的な在宅医の役割分担は、地域において経験の乏しい在宅医を育成しながら子どもたちに安心・安全な在宅医療を提供し続けるためには効率の良い方法であると考えられる。

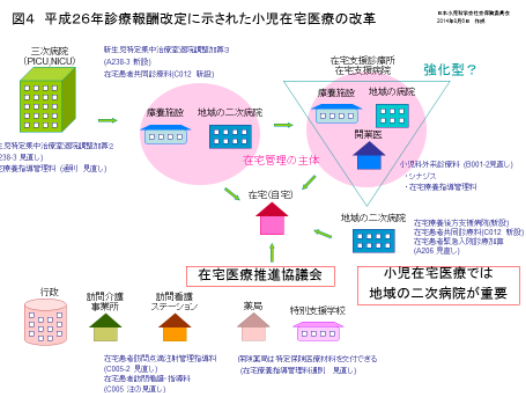
図3 在宅医の役割分担



また、在宅医療に移行していく過程についても、救急医療の階層構造を丁寧になぞりながら、三次から二次、二次から一次へと移動しながら子どもや家族を地域に馴染ませて行くという発想は無理がないと思われる。遠い将来のトランジションを考える上でも、早い時期から地域に馴染みながら在宅医療を行うことは子どもにとっても、家族にとっても、医療を提供する側にとっても望ましいと考えられる。

さらにこのような重層的な役割分担の構築は、病状の急変時やショートステイの際の受け皿の確保にも効果的であると考えられる。地域の二次病院が在宅療養後方支援病院として多く参加してもらえることが望まれる。また、急変時には一般小児の救急の枠組みが、在宅医療を行う子どもたちにも同じように適応されることが望まれる。

そのような視点で日本小児科学会社会保険委員会が提案し、平成26年診療報酬改訂に示された小児在宅医療の社会保険制度の立場からみた構造を図4に示す。



新生児期に重篤な疾病に陥り最終的に高度の医療的ケアを受けながら在宅医療に移行する場合を例にとりその構築を説明する。

(1) 三次病院での治療から地域の二次病院への転院

従来は三次病院で在宅医療への調整を行った上で一気に地域の診療所が主治医となる在宅医療への移行が主として行われていた。しかし、その方法には多く解決されない問題があり、それが小児在宅医療が普及しない要因の一つと考えられる。社会保険委員会が提案した施策は、まず地域の二次病院に子どもを転院させ、そこで在宅医療

の調整を行い、その後に在宅へ移行するというものである。

（２）在宅主治医となる施設と在宅療養後方支援病院

地域の二次病院は、そのまま在宅医療の主治医として機能してもよいし、地域に受け皿となる診療所があれば、そこに主治医を移しても良いと考えられる。診療所に主治医が移った場合は、在宅調整を行った二次病院は在宅療養後方支援病院としてその後の在宅医療に深く関与し続けることが求められる。また、年少児の在宅医療には多くの困難があり診療所がいきなりそれを引き受けるには「敷居が高い」ことが知られている。地域の二次病院が暫くの間在宅医療の主治医として働き、数年を経て在宅医療そのものが安定してきてから診療所に主治医を移すことも可能である。その際、地域の小児科診療所が成人の診療所とともに強化型在宅支援診療所として機能していれば、将来のトランジションはさらにスムーズであると思われる。

図 4 に示した在宅移行のモデルを、より具体的に以下に示す。図 5 は現在一般的な在宅移行として行われている形である。三次病院が主治医のまま子どもは直接在宅医療に移行し、診療所が副主治医として訪問のみを担当する場合を示している。図 6 は三次病院から在宅医療の調整のために地域の二次病院（のちに在宅療養後方支援病院となる）に子どもが転院し、その後に診療所が主治医となる場合を示している。地域の二次病院（在宅療養後方支援病院）は副主治医として機能し続けることになる。

図5 大都市型
基幹病院から直接退院し在宅へ
その後病院が管理

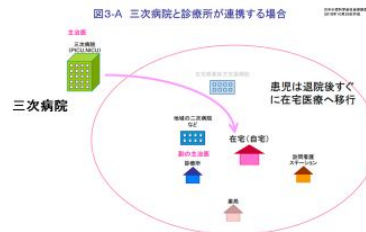
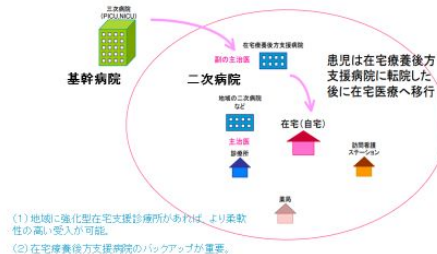


図 5 で示した三次病院が主治医で診療所が副主治医となる組み合わせは、大都市などの人口が集中し大規模病院が多く存在する地域では効果的な施策と考えられる。

図6 中都市型
基幹病院から地域二次病院へ移行した後在宅へ
管理は二次病院または在宅医



一方、図 6 で示した地域の二次病院を経由して在宅医療に移行するモデルは、地方都市など中核病院と患者が離れている場合などに有効であると思われる。さらに、広範な地域に少ない人口が存在するようないわゆる地域振興小児科が存在するような地域でも、地域振興小児科への人的援助が平行して考慮されれば採用可能ではないかと思われる。

本報告の末尾には、平成 26 年診療報酬改定で示された在宅医療に係る算定方法について、子どもの入院から在宅への移行、

維持、再入院などについて具体的な事例に応じて示した。

3. クリニカルパス

退院して自宅で安定した生活を送るための在宅支援には多職種の連携がかかせない。入院したときから家族の中で暮らしていくための退院を視野に入れ、在宅移行のための各職種の役割と関わる時期を明確化したロードマップとしてのクリニカルパスの作成は有用である。さらに、特に複雑な医療ケアが必要な場合には調整が必要であり、退院させる病院側、受け手である地域との役割分担と連携のために、退院前カンファレンスで顔の見える調整が必要であり、最終的には子どもは地域で生活していくので入院早期から地域関係機関との連携は特に必要である。また医療サービスの階層化に応じたクリニカルパスも検討すべきである。(末尾の図 7.8 と図 9) は三次病院（小児専門病院、大学病院）(図 10) は地域の二次病院のクリニカルパスの具体例を挙げた。押さえるべきポイントは大きくは変わらない。又、三次から二次に一端、転院し地域に移行する場合の押さえるべき項目のチェックリスト(表 1)を利用し円滑な連携と移行をはかることが望ましい。急性増悪時は受け入れの病院間での事前取り決めが必要で、在宅に送り出す際に、急変時には必ず引き受ける確約、満床時の病院間の相互協力システム、あるいは地域での連携確立、看取りに繋がる可能性の説明と理解、主治医、副主治医の明確化(一次的交代)、緊急入院の後のケースカンファレンスの開催などである。在宅移行後も地域から主治医病院や急性期病院へ検査・急性期入院などがあり密な連携が必要となる。その際に行うべき項目を職種

別チェック表として提示した(資料 1~4)

4. 今後の課題

いまだ発展途上の小児在宅医療ではあるが、診療報酬上の見直し、障害者総合支援法などの関連法案の改定などにより、今後急速に発展していくものと推察される。しばらくの間は、小児在宅医療の理解と実践者の増加が目標となると思われるが、いずれ成人年齢に達した小児在宅医療患者の主治医の変更が大きな問題としてクローズアップされることになるとと思われる。このトランジションに対する準備は、小児在宅医療を構築する作業と同時に始めなければならないと考えられる。

トランジションに対する準備として、とくに小児科医が関与した地域における強化型在宅支援診療所の育成、シームレスな医療提供のために必要な小児在宅患者の診療に抵抗なく参加できる人材の確保、やがては直面するであろう小児・若年成人の緩和医療のあり方等への議論を深めることが重要であると考えられる。

参考：小児在宅医療の事例に応じた診療報酬算定について

以下に、平成 26 年診療報酬改定内容に基づく診療報酬算定の事例を示す。はじめに現在一般的な在宅移行として行われている三次病院が主治医のまま直接在宅医療に移行し、診療所が訪問のみを担当する場合の診療報酬の算定方法(図 A シリーズで示す)について説明し、次に在宅療養後方支援病院にはじめに転院し、そのうち診療所が主治医として在宅医療を行った場合の診療報酬の算定方法(図 B シリーズで示す)につ

いて説明する。

【三次病院と診療所が連携する場合】

図 A-1 から図 A-6 までで、三次病院が主治医のまま直接在宅医療に移行し、診療所が訪問のみを担当する場合の診療報酬の算定方法について説明する。主治医は三次病院で、診療所は副主治医となる。

図A-1 三次病院と診療所が連携する場合

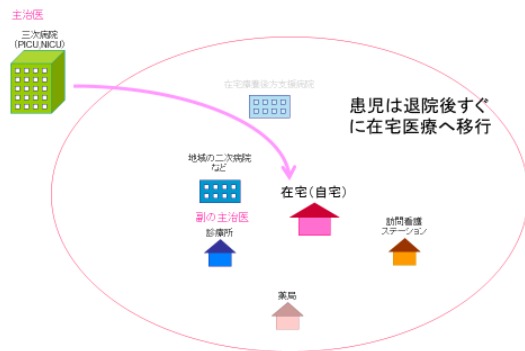


図 A-2: 三次病院に新生児が入院となり、将来在宅医療に移行せざるを得ない病状が疑われた時点で、家族への病状説明と在宅移行への準備が始まる。入院後 1 週間以内にこのような対応が行われた場合、A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 のイ退院支援計画作成加算が入院中に算定できる（入院後早期の退院調整を行っていない場合には、退院時にのみ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 を算定することになる）。

図A-2 緊急入院・急性期治療(三次病院)

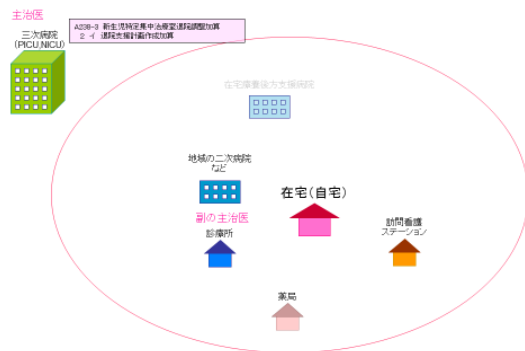


図 A-3：その後、退院支援計画に基づいて家族への指導が行われることになる。退院が近づくと、地域での受け皿となる診療所や訪問看護ステーションなどのスタッフとともに合同カンファレンスを開催して在宅医療の詳細について調整が行われる。その際には、三次病院側では B005 退院時共同指導料 2、診療所側では B004 退院時共同指導料 1 を算定することができる。この退院前カンファレンスは在宅医療を円滑に行うためにもっとも重要なカンファレンスである。

また、退院前の試験外泊を行った場合には C100 退院前在宅療養指導管理料が算定できる。こうして在宅医療に移行して退院する際には A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 の口退院加算が算定できる（入院後早期に退院調整を行っている場合）。

図A-3 在宅医療への移行調整(三次病院+診療所)

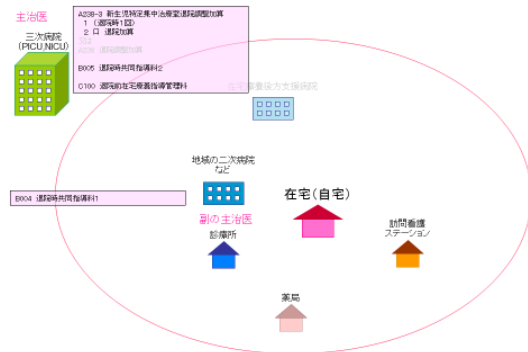


図 A-4：在宅医療が始まると、主治医である三次病院が在宅療養指導管理料などを毎月算定することになる。在宅医療に必要な器材、消耗品も含めてこの中から提供することになる。一方、副主治医である診療所は定期的な訪問診療に対し C001 在宅患者訪問診療料を週 3 回まで算定することができる。さらに、複数の在宅療養指導管理

料が算定可能な患者さんの場合であれば、主治医施設が算定していない在宅療養指導管理料を一つ算定することができる。

在宅医療に必要な消耗品（人工呼吸器の回路、経管栄養の回路、吸引チューブなど）は自宅近くの保険薬局に指示してそちらから提供してもらうことも可能である（その際材料費は主治医施設が管理料および材料加算の中から負担する）。

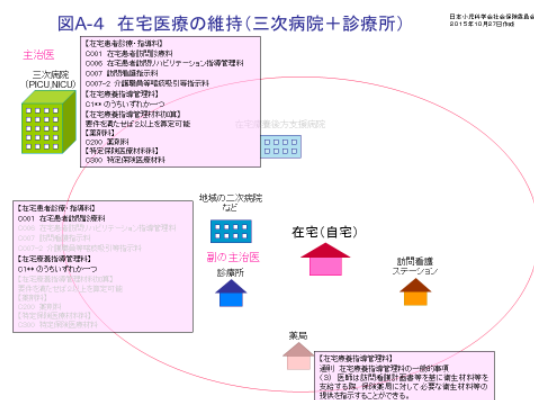


図 A-5：小児の在宅医療において病状の急変はしばしば経験される。この場合、患者に近い診療所の医師が赴くことになるが、在宅医療では訪問と往診を厳密に区別している。訪問は医療者側から事前に予定を決めて患者に赴く場合、往診は患者さんからの求めに応じて患者に赴く場合を言う。

病状の思わしくないときにあらかじめ訪問予定を立てて赴いた場合には C001 在宅患者訪問診療料を算定することができる。さらに訪問看護ステーションのスタッフなどと示し合わせて同時に訪問し、病状などにつきカンファレンスを行った場合には C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定することができる。訪問予定がなく患者さんからの求めに応じて患者に赴いた場合には C000 往診料と A001 再診料などを算定することになる。

図A-5 在宅医療中の病状急変（診療所）

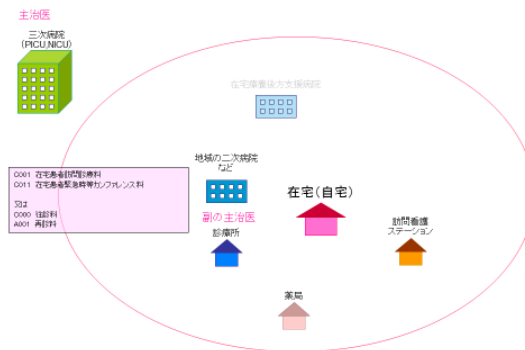
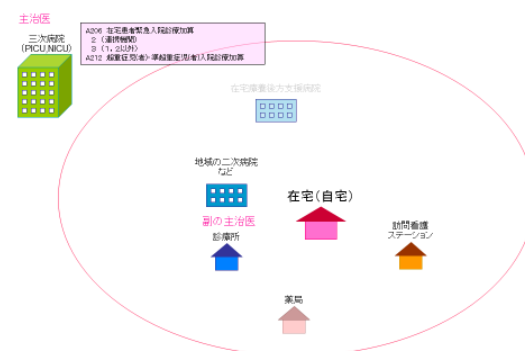


図 A-6：在宅医療中の緊急入院の受け皿は、主治医である三次病院となる。三次病院では A206 在宅患者緊急入院診療加算や A212 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を算定して受け入れることになる。なお、事前に患者さんとの間で文書により受入を示している場合には A206 在宅患者緊急入院診療加算 2 を、そうでない場合には A206 在宅患者緊急入院診療加算 3 を算定する。

図A-6 在宅医療中の緊急入院（三次病院）

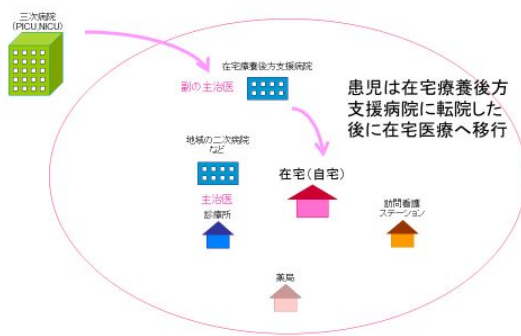


【在宅療養後方支援病院と診療所が連携する場合】

図 B-1 から図 B-6 までで、三次病院から在宅医療の調整のために地域の二次病院（のちに在宅療養後方支援病院となる）に患者さんが転院し、その後に診療所が主治医となる場合の診療報酬の算定方法について説明する。主治医は診療所で、地域の二

次病院（在宅療養後方支援病院）は副主治医となる。

図B-1 在宅療養後方支援病院と診療所が連携する場合



図B-2: 三次病院に新生児が入院となり、将来在宅医療に移行せざるを得ないため家族への病状説明と在宅移行への準備が始められる過程、診療報酬の算定は図 A-1 と同様である。

図B-2 緊急入院・急性期治療(三次病院)

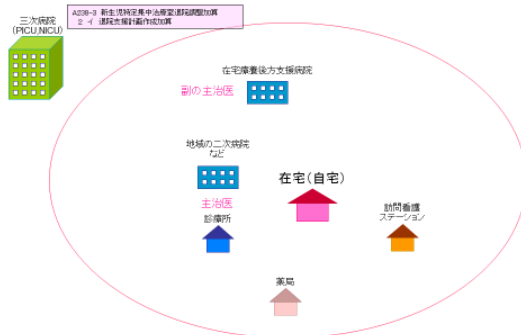


図 B-3 : 図 A シリーズと大きく異なる点は、地域の二次病院（のちに在宅療養後方支援病院となる）において具体的な在宅医療への準備を行うことである。在宅小児を支える地域の資源（訪問看護ステーション、障害者総合支援法にもとづく介護事業所、行政の取り組みなど）にはきわめて大きなばらつきがあり、地元でしか調整できないことが一般的であるため、患者さんの居住地近くでの調整が有利である。

地域の二次病院は A238-3 新生児特定集

中治療室退院調整加算 3 を算定することになる。その他のカンファレンス等の加算は図 A-3 と同様である。地域の様々な資源を有効に活用するためには、退院前のカンファレンスがもっとも重要である。

図B-3 在宅医療への移行調整(三次病院+在宅療養後方支援病院)

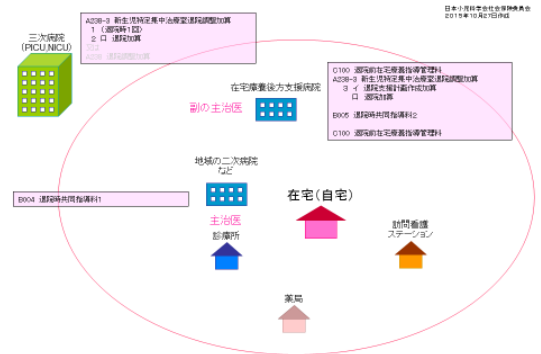


図 B-4 : 今回は診療所が主治医であるため、基本的な在宅療養の算定は診療所が行う。同時に在宅医療に必要な機器や消耗品も診療所から提供しなければならない。消耗品については近隣の保険薬局に提供を指示することもできる。

一方、在宅医療への調整を行った地域の二次病院は在宅療養後方支援病院としてその後の在宅医療を支援することになる。具体的には、主治医である診療所の求めに応じて往診を行ったり日時を示し合わせて訪問を行ったりすることにより、C012 在宅患者共同診療料を算定できる。在宅人工呼吸を行う患者さんなどでは年間 1 2 回までの共同の訪問も可能である。

図B-4 在宅医療の維持(診療所+在宅療養後方支援病院)

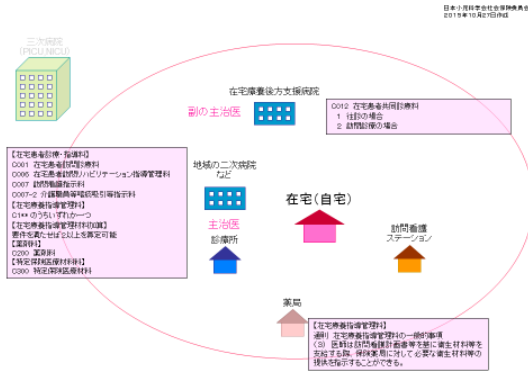


図 B-5：患者さんの病状の急変時には在宅療養後方支援病院も参加することができる。

図B-5 在宅医療中の病状急変(診療所+在宅療養後方支援病院)

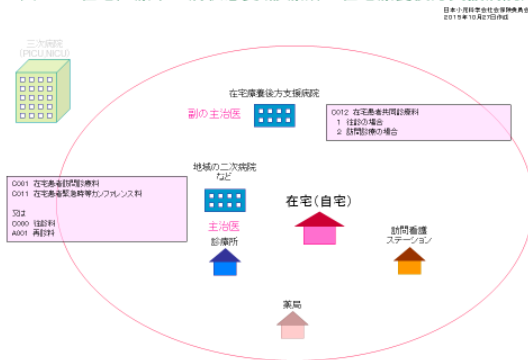
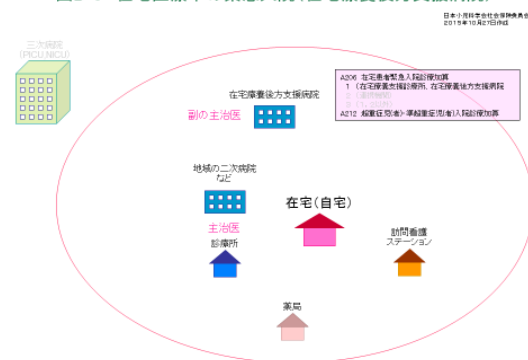


図 B-6：緊急入院が必要な際には、在宅療養後方支援病院が受け皿となる。あらかじめ文書で受入を示している場合には A206 在宅患者緊急入院診療加算 1 を算定することができる。

図B-6 在宅医療中の緊急入院(在宅療養後方支援病院)



参考文献

- ・大阪府. 大阪発～こないするねん！小児在宅医療移行支援 2015
<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3073/00000000/shounizaitakuikousien.pdf>
- ・小児在宅医療における診療報酬 平成 27 年度小児等在宅医療地域コア人材養成講習会・
研修資料、国立成育医療研究センター、2016 年
- ・大山昇一 平成 26 年診療報酬改定と小児在宅医療 日本在宅医学会雑誌、16(2), 254-264, 2015

資料 1

医療的ケア児緊急入院時・検査入院時・レスパイト入院時チェックリスト

（家族版）

緊急入院の際には、訪問看護 ST・訪問診療医・在宅人工呼吸器や在宅酸素、ポンプ等のレンタル業者に入院の連絡

以下の情報を入院する病院の医療者に伝えていただくようお願いします

平常時バイタルの確認（特に心拍数・SaO₂・体温）

覚醒時・睡眠時・緊張時・体温変動時の対処方法

処方内容の確認

量・投与タイミング・臨時薬の使用方法

痙攣時の対応

緊張時の対応

呼吸悪化時の対応

他の発作時の対応（不整脈・低血糖など）

栄養 経口摂取時

食事形態・1日の回数・水分摂取方法・とろみの必要性・食事姿勢 等

栄養 経管栄養・胃瘻腸瘻栄養時

栄養内容・1日の回数と時間・注入時間・注入時の姿勢・胃残時の対応法・

ポンプ使用の有無 等

経管栄養手技

チューブサイズ・固定長・交換頻度・固定テープ・皮膚かぶれ有無・最終交換日

胃瘻、腸瘻手技

物品内容・固定水量・固定水確認頻度・固定方法・交換頻度・最終交換日

姿勢・体位（特に寝たきりで移動が不可能な児）

平常時・注入時・睡眠時・体位交換の頻度

排便習慣の確認

日常の排便頻度と便秘時の対応（浣腸・ブジー・摘便など）

導尿の必要性の有無（定時・臨時）

口鼻腔内吸引の方法

平常時の頻度・行うタイミング・吸引物の性状等

口鼻腔内持続吸引の有無

気管切開 単純気管切開か喉頭気管分離術か

吸引チューブ挿入長・気管カニューレ種類・サイズ・交換頻度・最終交換日

在宅人工呼吸器

機種・アラームを含めた設定・最終回路交換日

吸入

定時の吸入回数・吸入液の内容・吸入のタイミング・臨時吸入の方法

平常時の酸素投与量

平常時のモニタリング方法

目の処置（点眼薬・眼軟膏・乾燥防止処置など）

人工肛門の処置方法

中心静脈カテーテルの処置方法

中心静脈栄養内容

拘束の必要性の有無

骨折の既往

移動時や体位変換時の注意点

入浴・保清方法

褥瘡の有無

在宅での地域医療支援体制

訪問診療医・地域主治医・かかりつけ医・訪問看護など

在宅支給物品内容

その他 入院中に観察してほしい点・気を付けて欲しい点など

資料 2

医療的ケア児緊急入院時・検査入院時・レスパイト入院時チェックリスト

（看護師版）

平常時バイタルの確認（特に心拍数・SaO₂・体温）

覚醒時・睡眠時・緊張時・体温変動時の対処方法

処方内容の確認

量・投与タイミング・臨時薬の使用方法

痙攣時の対応

緊張時の対応

栄養 経口摂取時

食事形態・1日の回数・水分摂取方法・とろみの必要性・食事姿勢 等

栄養 経管栄養・胃瘻腸瘻栄養時

栄養内容・量・1日の回数と時間・注入時間・注入時の姿勢・胃残時の対応法・

ポンプ使用の有無 等

経管栄養手技

チューブサイズ・固定長・固定部から末端の長さ・交換頻度・固定テープ・

皮膚のかぶれの有無・最終交換日

胃瘻、腸瘻手技

物品内容・固定水量・固定水確認頻度・固定方法・交換頻度・最終交換日

姿勢の確認（特に寝たきりで移動が不可能な児）

平常時・注入時・睡眠時・体位交換の頻度

排便習慣の確認

日常の排便頻度と便秘時の対応（浣腸・ブジー・摘便など）

導尿の必要性の有無（定時・臨時）

口鼻腔内吸引の方法

平常時の頻度・行うタイミング・吸引物の性状等

口鼻腔内持続吸引の有無

気管切開 必ず単純気管切開か喉頭気管分離術かを確認

吸引チューブ挿入長・気管カニューレ種類・サイズ・交換頻度・最終交換日

在宅人工呼吸器

機種・アラームを含めた設定の確認・最終回路交換日

吸入

定時の吸入回数・吸入液の内容・吸入のタイミング・臨時吸入の方法

平常時の酸素投与量

平常時のモニタリング方法

目の処置（点眼薬・眼軟膏・乾燥防止処置など）

人工肛門の処置方法

中心静脈カテーテルの処置方法

拘束の必要性の有無

移動時や体位変換時の注意点

入浴・保清方法

褥瘡の有無

在宅での地域医療支援体制

訪問診療医・地域主治医・かかりつけ医・訪問看護など

在宅支給物品内容

資料 3

医療的ケア児緊急入院時・検査入院時・レスパイト入院時チェックリスト(医師版)

平常時バイタルの確認（特に心拍数・SaO₂・体温）

覚醒時・睡眠時・緊張時

処方内容の確認

量・投与タイミング・臨時薬の使用方法

痙攣時の対応

緊張時の対応

呼吸悪化時の対応

他の発作時の対応（不整脈・低血糖など）

栄養 経口摂取時

食事形態・1日の回数・水分摂取方法・とろみの必要性・食事姿勢 等

栄養 経管栄養・胃瘻腸瘻栄養時

栄養内容・1日の回数と時間・注入時間・注入時の姿勢・胃残時の対応法・

ポンプ使用の有無 等

経管栄養手技

チューブサイズ・固定長・固定部から末端の長さ・交換頻度・最終交換日

胃瘻、腸瘻手技

物品内容・固定水量・固定水確認頻度・固定方法・交換頻度・最終交換日

姿勢の確認（特に寝たきりで移動が不可能な児）

平常時・注入時・睡眠時・体位交換の頻度

排便習慣の確認

日常の排便頻度と便秘時の対応（浣腸・ブジー・摘便など）

導尿の必要性の有無（定時・臨時）

口鼻腔内吸引の方法

平常時の頻度・行うタイミング・吸引物の性状等

口鼻腔内持続吸引の有無

気管切開 必ず単純気管切開か喉頭気管分離術かを確認

吸引チューブ挿入長・気管カニューレ種類・サイズ・交換頻度・最終交換日

在宅人工呼吸器

機種・アラームを含めた設定の確認・最終回路交換日

吸入

定時の吸入回数・吸入液の内容・吸入のタイミング・臨時吸入の方法

平常時の酸素投与量

平常時のモニタリング方法

目の処置（点眼薬・眼軟膏・乾燥防止処置など）

人工肛門の処置方法

中心静脈カテーテルの処置方法

中心静脈栄養内容

拘束の必要性の有無

骨折の既往

股関節脱臼や関節拘縮の有無

褥瘡の有無

急変時の対応内容

気管内挿管と呼吸管理・心臓マッサージ・強心剤 等

在宅での地域医療支援体制

訪問診療医・地域主治医・かかりつけ医・訪問看護など

在宅管理・物品支給の病院またはクリニックの確認

在宅患者緊急入院診療加算の算定

超重症児・準超重症児加算の算定（基準にあてはまる場合）

資料4

医療的ケア児緊急入院の退院時チェックリスト

【医師版】

- 入院前の通常状態のバイタル、医療的ケア内容等が退院時に戻っているかの確認
- 戻っていなければ両親と確認と了承を得たうえで退院を決める
- 医療デバイスの追加が決定した時点で看護師・医事・訪問診療医・地域主治医に報告
- 退院処方
- 必要な在宅物品を看護師に連絡
- 地域主治医・訪問診療医への情報提供書作成
 - 入院中の治療経過・
 - 医療的ケア内容の変更と追加（呼吸器の設定変更・酸素投与量変更等を含む）・
 - 処方内容の変更・栄養内容の変更 等
- 在宅管理料の算定
- 超重症児管理料の算定

【看護師】

- 新規医療的ケアの手技確認
- 必要な在宅物品の確認と提供
- 訪問看護ステーションへの情報提供

【家族】

- 訪問看護ステーション・訪問介護等への退院日の連絡
- 訪問診療医・地域主治医の次回診察日の確認
- 胃チューブ・胃瘻・腸瘻・気管切開カニューレ等の最終交換確認
- 次回往診や外来受診までの医療物品の在庫数の確認
- 酸素やポンプなどのレンタル業者への退院日の連絡