

追加：特別な 配慮を要する場合

● 退院移行支援 の手引

患児の長期入院や合併症などのため愛着形成の不安や、母親の精神疾患や産前産後の不調、また家庭環境の問題があることなどにより、児の養育に問題を生じるリスクが高い家族の場合、児の病状管理ができず再入院になることもあります。また虐待等の恐れも考慮し、関係機関と十分な連携をとって予防的支援を行う必要があります。

1. 問題と対策

1) 問題の明確化

情報を収集・把握して、患児家族全体の問題を理解する。

手順

- ①現状：わかる範囲の情報を集め、アセスメントする。
- ②目標：どのような育児・療養環境になれば自宅に帰れるのかを明らかにする。
- ③問題点：現状と目標のギャップを明らかにする。

問題となりえる項目

- ・身体状態（患児・家族）
- ・経済状況
- ・家族の育児能力
- ・家族関係（支援体制）
- ・地域との人間関係

ポイント

- 問題点は、身体面、心理面、社会面など多岐に渡るため、できる限り様々な職種が多面的で専門的な視点で情報の収集と共有をし、チームとして問題点の抽出をする必要がある。
- 自宅退院を検討する際の最低限の目標は生命維持であるということを念頭において問題点の抽出をする。
- 多くの問題抽出のためのフレームワークがあるため、組織やケースに合わせたものを活用すると良い。

2) 対策の検討

目標を達成するために何をしなければならないのかを検討する。

手順

- ①問題点と目標を関係者で共有し、認識を同じにする。
- ②問題点に対して、どのような対策を立てれば目標が達成できるかを検討する。
- ③対策の内容に応じて、必要な家族指導、社会資源について検討する。
- ④具体的に対策を講じる。

ポイント

- 家族への指導、サービスの導入、見守り体制の構築など、様々なレベルでの対策を検討する必要がある。
- 検討の過程で、目標達成が難しいということがわかった場合には、別の目標・選択肢を立てる必要がある。
- 関わる多職種の間で、支援の方向性について共有することが重要である。

3) 窓口となる主支援担当者

主体的に指揮をとって動く担当者を決めておくことで、退院後の情報の集約と各担当者への連絡・連携をスムーズに行うことができる。

ポイント

- 退院後も関わることができ、患児家族との信頼関係がある者がよい。
- 入院中は医療機関がイニシアチブをとって動くかもしれないが、退院後の外来受診の有無や問題の内容によっては、医療機関の担当者より地域の保健師など、長期的かつ家庭全体に関わることができる人が適任の場合もある。
- 入院中と退院後で担当者が変わる場合には、入院中に顔合わせをして医療機関側から担当者を紹介すると関係性が築きやすい場合もある。
- 多機関、他職種にわたる体制の場合は、退院前カンファレンスを開き、情報の共有と連絡方法の確認等を行う。

4) セーフティーネットの準備

複雑な家族関係の問題などの場合、サービスの介入を拒まれるなど、万全の体制で退院することができないこともある。そのため、セーフティーネットを準備する。

ポイント

- 家族自身が SOS を出せるように、相談窓口の連絡先やショートステイなどの情報提供を事前に行う。
- 入院中に患児家族に関わる機関と連絡を取り、自宅・電話訪問の頻度や関わりの内容を把握する。また、異変を見つけたら、主支援担当者へ連絡をしてもらうように連絡先を伝える。
- 緊急時に起こりうるシチュエーションについても仮説を立て、どのような対応が必要となるかを考えた上で、事前に連携機関（必要に応じて居住地市町村、児童相談所、など）へ情報提供をしておく。

1. 医療機関

1) かかりつけ医

在宅でのかかりつけ医が早期に問題に気がつけるように、虐待のリスク等を情報共有し連携を図る。

手順

- ① 家族と相談し、きょうだい児が利用していたり、知っている地域の小児科がないか確認をする。必要に応じて、医療機関検索サイト等から候補となる医療機関をリストアップし家族へ提示する。
- ② 患児家族の了解の上、依頼したい医療機関へ電話連絡し、患児の情報と養育支援の必要性や虐待のリスクなどの情報を提供する。必要に応じて、診療情報提供書を事前に送付する。
- ③ 依頼する医療機関へ診療情報提供書を郵送する。
- ④ 必要に応じて、退院後すぐに患児家族が受診できるように受診日の調整をする。

ポイント

- 事前の情報があるだけで、小さな異変やリスクに気づくことができる。
- 入院医療機関から、行政機関や訪問看護などの在宅サービスに患児の情報をつないでおき、そのネットワークをかかりつけ医へ情報提供しておく。

関係機関との連携

2) 親のかかりつけ医

親自身が慢性疾患や精神疾患を持っており、育児に問題が生じてくることもある。親のかかりつけ医との連携を図ることにより、親の心身の状態に対する相談や対応を検討することができる。

手順

- ① 家族と話をして、かかりつけ医を聞き、情報の共有と連携を図ることについて、家族から了承を得る。
- ② かかりつけ医へ電話連絡し、患児の状態や必要な育児環境について、情報提供する。必要に応じて、育児能力の判断に必要な情報を交換する。
- ③ 退院後も必要に応じて、連携を図る。

ポイント

- 新生児の夜泣きで夜間に十分睡眠が取れないことにより親の心身の状態が悪化するなど、育児が親の心身の状態に影響を及ぼし育児能力に変化が生じることもある。

3) 再入院医療機関

養育能力に問題がある場合、患児の症状管理ができないため、再入院になることもある。そのような時のために、関係者で情報を共有して受け入れ可能な医療機関を確保しておく必要がある。

手順

- ①退院前に、養育環境に問題が生じるリスクや再入院の可能性について検討する。
- ②自医療機関で受け入れる場合には、退院後の問題発生時に受け入れができるように、外来や病棟で情報を共有する。退院後の外来受診時の情報や、地域の支援機関からの情報を得る。
- ③自医療機関での受け入れが困難な場合は、患児自宅からできるだけ近く、入院できる医療機関を選択する。
- ④患児家族の了解の上、依頼したい地域の医療機関へ情報提供し、必要時に対応してもらえるように依頼をする。
- ⑤依頼する医療機関へ診療情報提供書を郵送する。
- ⑥必要に応じて、退院後すぐに患児家族が外来受診できるように受診日の調整をする。

ポイント

- 患児の状態に問題がある時に、すぐに受診ができたり、相談できたりする体制が必要であるため、家族と医療者側との良好な関係性を保つことが重要である。
- 家族に本来の意図（虐待のリスク）について説明することは、医療者側との関係性の悪化に繋がることもあるため、予防接種や健康診断など他の理由で医療機関を紹介するなど工夫が必要である。
- 依頼する医療機関へは家族へどのように説明してあるかを伝えておく。
- 診療情報提供書などの文書に虐待のリスクなどの記載がある場合は、開封して中身を見る可能性があるため、依頼する医療機関へ郵送をする。
- 地域のかかりつけ医との連携をとる。かかりつけ医で入院対応できればなおよい。

2. 行政機関

1) 市町村 母子保健担当保健師

市町村保健センター等には、母子保健担当保健師がおり、地区ごとに担当を決めているところもある。退院後は担当保健師が中心となって、患児家族の支援を行うことになるので情報を提供する。

手順

- ①入院初期から保健師の役割や連携の必要性について説明をし情報提供することについて了解を得る。
- ②母子保健担当の保健師へ早期に電話等で連絡し、情報提供する。
- ③必要に応じて、入院中に、患児家族と保健師の面談を調整する。
- ④退院の目処が立ったら、保健師へ再度電話連絡し、退院予定日を伝える。
- ⑤必要に応じて、保健師へ退院前カンファレンスへの参加依頼と日程の調整をする。
- ⑥退院後は、保健師による家庭訪問や電話連絡、乳幼児健診時の声掛けなどでフォローアップしてもらう。

※ここで言う入院は、出生からの継続した入院のみではなく、在宅からの再入院も含む

ポイント

- 虐待のリスクが高い家庭では、行政の介入について家族が不信感を抱くことがある。そのため、入院中に医療者側から保健師を紹介し、医療機関で顔合わせを済ませておくと、信頼関係が築きやすい。
- 訪問看護などの在宅サービスの直接的な介入が難しい場合は、定期的な健診や育児相談会などの機会に関わる保健師が、セーフティーネットの役割を果たすこともある。
- 母親に精神疾患がある場合や養育支援が必要な家庭は、妊娠中から市町村や保健所の保健師等が介入している場合も多いので、相互の連携をとりながら支援を行う。
- 養育支援が必要なものについては、保健師から児童福祉担当課へ情報提供され、保健と福祉が連携して支援される。
- また、再入院や、外来受診の際に虐待リスクや疑いを把握した場合は、医療チームにて虐待のリスクについて評価し、市町村の児童福祉担当課虐待防止担当へ連絡し、支援を依頼する。必要に応じて、市町村担当者から、保健師、民生委員、児童委員につなぎ、連携して支援がされる。

※児童福祉法の改正により、病院、診療所等の医師、看護師等は、要支援児童等と思われる者を把握したときは、当該者の情報をその所在地の市町村に提供しよう努めなければならないとされた（児童福祉法第21条の10の5第1項、平成28年10月1日施行）。また、その情報提供が児童福祉法の規定に基づくものであれば、本人の同意を得ないで情報を提供しても個人情報保護法違反にはならない。ただし原則として、情報提供の概要及び市町村による支援を受けることが、当該対象者の負担の軽減と養育の支援となりうることを説明することが必要である。なお、説明が困難な場合においても、市町村への情報提供には努めることとされている。

※虐待の疑いがあるときは、市町村児童福祉担当課、または児童相談所に通告する。

2) 保健所 精神保健担当保健師

保健所には精神保健担当の保健師がいる。家族に精神疾患がある場合に連携を図る。

手順

- ① 家族に保健所の精神保健担当保健師へ連絡することを伝え情報共有することについて了解をもらう。
- ② 必要に応じて、入院中に精神保健担当保健師と家族の面談を調整する。
- ③ 退院の目処が立ってきたら、保健師へ再度電話連絡し、退院予定日を伝える。
- ④ 退院後は、保健師による家庭訪問や電話連絡等によりフォローアップしてもらう。

ポイント

- 家族が通院する精神科、市町村の母子保健担当保健師、虐待防止担当者などと連携を図れるように、どの機関に連絡したかの情報提供を行う。

3) 児童相談所

再入院や外来等で虐待の疑いを把握した場合は、市町村または児童相談所への連絡が必須である。また、児童養護施設（乳児院など）への入所希望の際も、まずは児童相談所へ相談する必要がある。

手順（入院から施設入所希望の場合）

- ① 家族から施設入所の希望がある場合は、児童相談所へ連絡することを説明し、了承を得る。
- ② 児童相談所へ連絡し、情報提供と施設利用の希望があることを伝える。
- ③ 児童相談所と家族との間で手続きを行う。必要に応じて、児童相談所の職員に来院してもらい、患児家族との面会や情報を提供する。
- ④ 施設入所が決定（措置）される。
- ⑤ 退院時の移動手段について確認する。
- ⑥ 退院時に院内スタッフから施設（乳児院等）のスタッフへ申し送りをする時間を作る。
- ⑦ 退院後に施設へ入所する。

ポイント

- 虐待の通告については、それぞれの医療機関にあるプロトコールを最優先に活用する。
- 児童養護施設入所中も健診や受診などが継続するため、施設のスタッフとの連携が必要となる。

関係機関との連携

4) 市町村 生活保護担当

生活保護を受けている家庭である場合については、在宅サービス利用や見守り体制について、生活保護担当者に相談する必要がある。

手順

- ① 家族が生活保護を受給している場合、生活保護担当者の名前と連絡先を聞き、連携を図ることについて了解を得る。
- ② 在宅サービスが必要と判断した場合、事前に生活保護担当者へ連絡し、在宅サービスの必要性について説明をして、利用に対する了承を得る。利用手続きについて確認をする。
- ③ 在宅サービスについて家族へ説明し、利用希望について確認をする。
- ④ 在宅サービス機関へも生活保護受給者であることを伝え、生活保護担当者の連絡先を伝える。
- ⑤ 必要に応じて、退院前カンファレンスをする際に、生活保護担当者に参加を依頼する。
- ⑥ 退院の目処が立ったら、生活保護担当者へ退院日を連絡する。

ポイント

- 在宅サービスの手続きについては、生活保護関連書類のやり取りが必要となるため、その都度生活保護担当者へ確認が必要となる。
- 生活保護担当者も自宅訪問等をして、生活実態の把握をする必要があるため、支援チームの一員として連携を図る。

3. その他の連携機関

1) 訪問看護ステーション

在宅での看護が必要な患児に虐待リスクがあったり、親の精神疾患が看護の対象となる場合には、積極的に訪問看護の利用を勧める。

手順

- ①患児の状態、家族背景等を考慮して、訪問看護の必要性について確認をする。
- ②訪問看護が必要となった場合には、家族へ必要性について説明し、介入することについて了解を得る。
- ③ 訪問看護ステーションをリストアップして、家族と相談のうえ、依頼する訪問看護ステーションを決める。
- ④依頼したい訪問看護ステーションへ電話連絡と看護サマリーなどの患者情報を送付して受け入れが可能か打診をする。
- ⑤受け入れ可能な場合、退院前カンファレンスへの参加依頼と日程調整をする。
- ⑥退院前カンファレンスを実施し、情報を共有する。
- ⑦初回訪問日の日程調整をする。
- ⑧退院後、患児家族は訪問看護を利用する。

ポイント

- 看護が必要な状態であることが前提であるが、虐待リスクがあったり家族関係が複雑な場合には、積極的に訪問看護の利用を勧める。
- 訪問看護を導入する目的に虐待防止の側面も含まれる場合、必要性について患児の身体面からの理由であるなど説明の上での工夫が必要である。
- 訪問看護ステーション宛の看護サマリーなどの文書については、カンファレンスの際に直接手渡すか、郵送するなどの配慮が必要である。

関係機関との連携

2) 産後ケア施設

出生後、虐待のリスクや親の精神疾患がある場合などは、育児技術の習得や愛着形成に時間がかかることもあり、出生後の入院期間だけでは足りないこともある。産後ケア施設を活用し、母子の心身の安定を図る。

手順

- ①妊娠中から家族へ産後ケア施設の情報提供を行い、利用希望の確認をする。
- ②利用希望がある場合には、希望する施設へ連絡し、出産予定日の情報提供と空き状況を確認する。
- ③市町村によっては産後ケア施設利用のための助成制度があるので、市町村窓口で手続きを行うよう患児家族へ勧める。
- ④必要に応じて、直接産後ケア施設への見学や施設側から医療機関へ来院してもらう機会を作り、情報の共有を図る。
- ⑤出産後、産後ケア施設へ電話連絡し、出産したことの報告と利用予定日を設定する。
- ⑥患児家族は、退院後、産後ケア施設を利用する。

ポイント

- 産後ケア施設利用料の助成事業を行っていない市町村もある。その場合は、全額自己負担となる。
- 産後ケア施設の利用においては自己負担が多額になることもあるため、事前の情報提供が重要である。
- 妊娠中から予約をすることができる施設もあるため、早めに情報提供する。