

【医療】小児の在宅移行支援への取り組み

支援者：群馬県立小児医療センター地域医療連携室

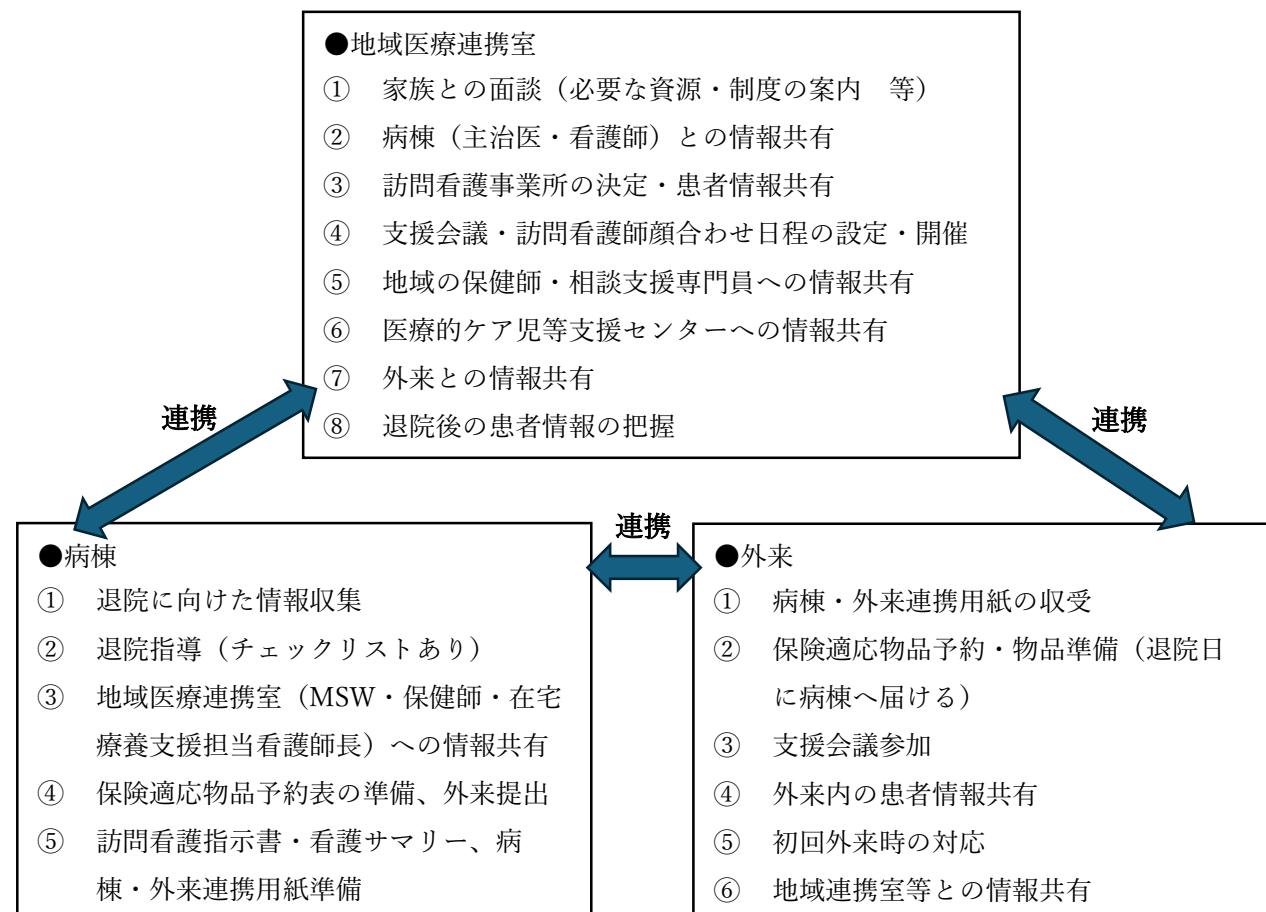


● 背景や目的

背景	・ 県立小児医療センターは昭和 57 年に開業以来、群馬県の小児医療の三次医療を担っており、地域の診療所や県内二次病院から紹介された患者の診療を行っている。また、総合周産期母子医療センターを有しており、地域のクリニックや周産期医療機関からの母体搬送・新生児搬送にも対応しているため、重症の医療的ケアを必要とするお子さんの診療も行っている。
事業の目的	退院後の生活を見据えて、入院病棟と連携し、地域関係者への必要な医療的ケア等の情報提供を行うと共に、多職種連携による退院に向けた環境調整等、安心して在宅生活するための支援の調整を行う。

● 医療的ケア児等の在宅移行の流れ

1 各部署の流れ



2 実際の退院支援の留意点

1. 退院支援の開始

- ・退院調整のための「共通チェックリスト」、「退院調整シート」が電子カルテに組み込まれており、どの病棟でも同じ基準で確認、進捗状況が共有できる。
- ・病棟ごとに独自の指導資料があり、患者の状況に応じた個別支援を行っている。
- ・退院支援は入院と共に開始が望ましく、退院調整シートの活用を開始し、病棟間の連携にも活用している。

2. 退院支援における情報共有

- ・退院調整にあたり、医師及び関係する多職種で院内カンファレンスを実施、各職種間で患者情報を共有する。
- ・NICU・GCUに入院した場合、及び新生児搬送で転院してきた場合には、地域医療連携室のMSWが面談を行い、医療給付制度の案内や育児サポート体制等の確認をしている。
- ・地域医療連携室は患者相談窓口としての役割も担っており、様々な家族の相談に対応している。

3. 在宅移行支援と多職種連携

- ・退院調整を目指して支援している患者が対象の「在宅ラウンド」を月2回実施し、多職種で情報共有している。
- ・必要に応じて支援会議を実施し、院内スタッフと地域の関係者が連携して地域でのフォロー体制を構築する。

● 今後の課題やアドバイス

工夫している点

1 退院支援体制の整備

- ・退院支援病床はないので、家族全員（兄弟、祖父母含む）が関わることはできない。
- ・退院前に家族にとって病院の安心感がある中で、実際の生活を想定した準備をする場として、院内外泊を提案する。
- ・その後、一時的な外泊を通じ在宅生活の実態を経験する機会を提供する。
- ・外泊や一時退院で明確になった課題を残りの入院期間で解消できるようサポートしている。
- ・入院時から愛着形成が図れるよう、病棟での児の様子や看護師がケアしたときの反応等、お子さんの成長を感じられるフィードバックを心がけている。
- ・在宅への不安を軽減するため、病棟の看護師が寄り添い、サポートする。
- ・退院後の育児や在宅看護が孤立しないようにフォロー体制づくりを心がけ、退院後も継続的に外来等で声掛けをする。
- ・家庭での育児に困らないように、医療・福祉・保健が連携し支援する。

2. 退院支援における多職種連携

（１）病棟スタッフの役割

- ・看護師が親の気持ちに寄り添い、子どもの成長を伝えながら愛着形成を促す。
- ・チェックリストを活用し、必要な医療的ケアを多職種と情報共有、手続きや支援を段階的に実施している。

（２）地域医療連携室の役割

- ・医療給付制度（例：小児慢性特定疾病の助成、育成医療・養育医療など）や福祉制度（例：障害者手帳）の案内と手続き支援
- ・訪問看護や福祉サービスの調整を行い、家族の負担を軽減
- ・退院時期を見越して、適切な支援が受けられるよう情報提供
- ・家族が安心して相談できる環境づくり
- ・気持ちをため込まずに吐き出せる場を提供（特に母親が孤立しないよう相談しやすい体制を整備）
- ・支援会議の設定・開催（患者の状況に合わせてタイミング・回数等設定）
- ・退院後のサポート体制
- ・在宅生活で問題が生じた場合にすぐに戻れる「一時退院」制度の活用
- ・退院後も定期的なフォローアップを行い、家庭での負担を軽減

- ・ 経済的支援と制度利用について情報提供
- ・ 相談支援専門員、訪問看護、地域保健師との連携

注意点：自治体ごとの制度の違い

地域によって支援の内容が異なるため、適切な情報提供が必要。早い段階で自治体の支援内容を把握し、家族がスムーズに手続きできるよう支援。

支援の課題と今後の展望

1. 支援のタイミングと家族の心理的準備

退院時期の決定は、医療・福祉・保健側の都合ではなく、家族の準備状況への考慮が重要であるため、患者様の病状が安定したタイミングから早期に介入することが必要。

2. 地域ごとの格差の解消

地域により支援体制に差があるため、地域のかかりつけ医、二次病院との連携強化が必要。

医療者側が一方的に決定するのではなく、家族が納得して選択できる環境を整備。

支援制度等の情報を提供し、家族が無理なく活用できるようにする。（意思決定支援）

3. 家族の主体性を尊重した支援

同じ支援を行う他の支援者へのアドバイス

家族の心理的負担を傾聴し、寄り添いながら、スムーズに在宅生活へ移行できるよう支援しています。特に、病棟では愛着形成支援、地域連携室では、訪問看護・福祉サービスとの連携、制度等の情報提供、自治体ごとの違いを考慮した対応を心がけています。