

神奈川県立こども医療センター

在宅医療の手引き

在宅医療審査会
退院・在宅医療支援室
2014/04/01 作成

神奈川県立こども医療センター 在宅医療の手引き

目次

1. 当センターにおける在宅医療	・・・ 2
1-1) 在宅医療の考え方	
1-2) 「在宅医療の手引き」の作成にあたって	
1-3) 地域医療支援病院としての役割	・・・ 3
1-4) 退院・在宅医療支援室の役割と機能	・・・ 4
1-5) 退院・在宅医療支援室の行う退院支援・退院調整	・・・ 5
(1) 新生児退院調整運用基準	・・・ 6
(2) 退院調整運用基準	・・・ 8
2. 神奈川県立こども医療センター在宅医療審査会設置要綱	・・・ 10
3. 長期入院検討部会の運営基準	・・・ 12
4. 神奈川県立こども医療センター在宅医療機器にかかる実施要領	・・・ 13
5. 在宅医療機器の導入にかかる運用基準	
1) 申請書類および在宅医療審査会での検討	・・・ 18
2) 在宅医療機器にかかる書類と事務手続きの流れ	・・・ 19
3) 書類一式	*電子カルテ 文書内
6. 在宅医療に係る診療材料検討小委員会設置要綱	・・・ 26
1) 設置要綱	
2) 在宅療養指導管理料 算定と診療材料の払い出しについて	・・・ 28
7. 人工呼吸療法 (TPPV)、非侵襲的陽圧喚起療法 (NPPV) 導入患者の退院に向けた支援	・・・ 32
8. 退院前訪問運用基準	・・・ 45
9. 退院後訪問看護運用基準	・・・ 50
10. 在宅医療評価入院運用基準	・・・ 55
11. 看護概要連携システム運用基準	・・・ 56
12. 在宅医療における地域医療支援 (講師派遣等)	59
1) 就学・復学支援	・・・ 59
2) 在宅医療における地域医療支援 (講師派遣)	・・・ 61
13. 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための実施に伴う指導看護師への指示書の交付に係る要領	・・・ 62
14. 吸引器の貸出し運用基準	・・・ 64
15. 退院前共同カンファレンス運用基準	・・・ 69
16. 「在宅療養する子どもの救急蘇生法 指導マニュアル」	・・・ 71

1 当センターにおける在宅医療

1-1) 在宅医療の考え方

近年医療的ケアを携えながらも家庭生活を楽しんでいる子どもたちが増加している。家庭で行える医療技術の進歩や、家族の支援体制が整いつつあることが理由の一つにある。それ以上に、制約のある病院生活から解放され、病気があっても家庭生活こそ人間本来の姿との考え方が浸透しつつあることもその理由である。小児医療福祉に従事する者も、子どものおかれている状況を理解し、本来的な家庭生活が実現できるように配慮していかなければならない。子ども達やご家族が安全で安心した在宅療養ができるように、支援体制を整備することが子ども医療センターの役割と考える。医師、看護師、発達支援科専門職、医療福祉相談室、退院・在宅医療支援室、地域医療連携室など多職種がチームをつくり取り組んでいるが、この手引きは計画立案や評価のための指針として編集した。

1-2) 在宅医療の手引きの作成にあたって

- (1) 本手引きは在宅医療に関連したことについて、これまで関係する部署、在宅医療審査会およびワーキンググループで検討してきたものを1冊にまとめたものである。
- (2) 本手引きは1年に1回見直しを行う。
- (3) それぞれの項目で改訂の必要があるときは事務局に連絡、それぞれの部署または在宅医療審査会（ワーキンググループ）で検討し改訂を行う。

神奈川県立子ども医療センター 基本理念

子どもの健康の回復及び増進と福祉の向上のため、最善の医療を提供します。

わたしたちのちかい

あなたの「げんき」と「えがお」のためにみんなでちからをあわせます。

基本方針

- 1 患者さんの命と安全を第一に考えます。
- 2 患者さんご家族とともに医療を行います。
- 3 高度、先進的な医療を行うとともに、積極的に臨床研究に取り組みます。
- 4 こどもの発育、発達を考えた療養環境、教育環境を整えます。
- 5 周産期・小児医療と保健・福祉に携わる人材育成に努めます。
- 6 地域の関係機関と連携し、周産期・小児医療の充実、向上に貢献します。
- 7 透明度の高い病院運営と情報公開に努めます。

1-3) 地域医療支援病院としての役割

- 当センターは、平成16年11月8日付で地域医療支援病院の認定を受けている。

地域医療支援病院とは 厚生労働省HP参照

<趣旨>

医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認している。

<役割>

- 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む）
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

<承認要件>

開設主体：原則として国、都道府県、市町村、特別医療法人、公的医療機関、医療法人等紹介患者中心の医療を提供していること

- ① 紹介率80%を上回っていること（紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合を含む。）
- ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
- ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
 - ・ 救急医療を提供する能力を有すること
 - ・ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
 - ・ 地域医療従事者に対する教育を行っていること
 - ・ 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること

1-4) 退院・在宅医療支援室の役割と機能

役割：こども医療センターの基本理念に基づき、地域の医療機関と連携し小児在宅医療の充実、向上をめざすとともに、在宅医療を支援する

基本方針：

- 1) 在宅医療を行うこどもが安全に安心して楽しく地域で生活するために、院内外のネットワークを構築する。
 - (1) 在宅医療・退院調整について地域医療機関の相談窓口になり、病病連携、病診連携を推進、強化する。
 - (2) 地域の医療従事者に対する研修や勉強会を開催し、関係機関（医療機関や訪問看護ステーション）を支援する。
- 2) 医療福祉相談室と協働してチーム医療を推進し、退院調整、在宅医療・在宅支援を行う。
- 3) 退院困難ケースを早期に把握し、院内外と協働しながら退院支援・調整を行う。

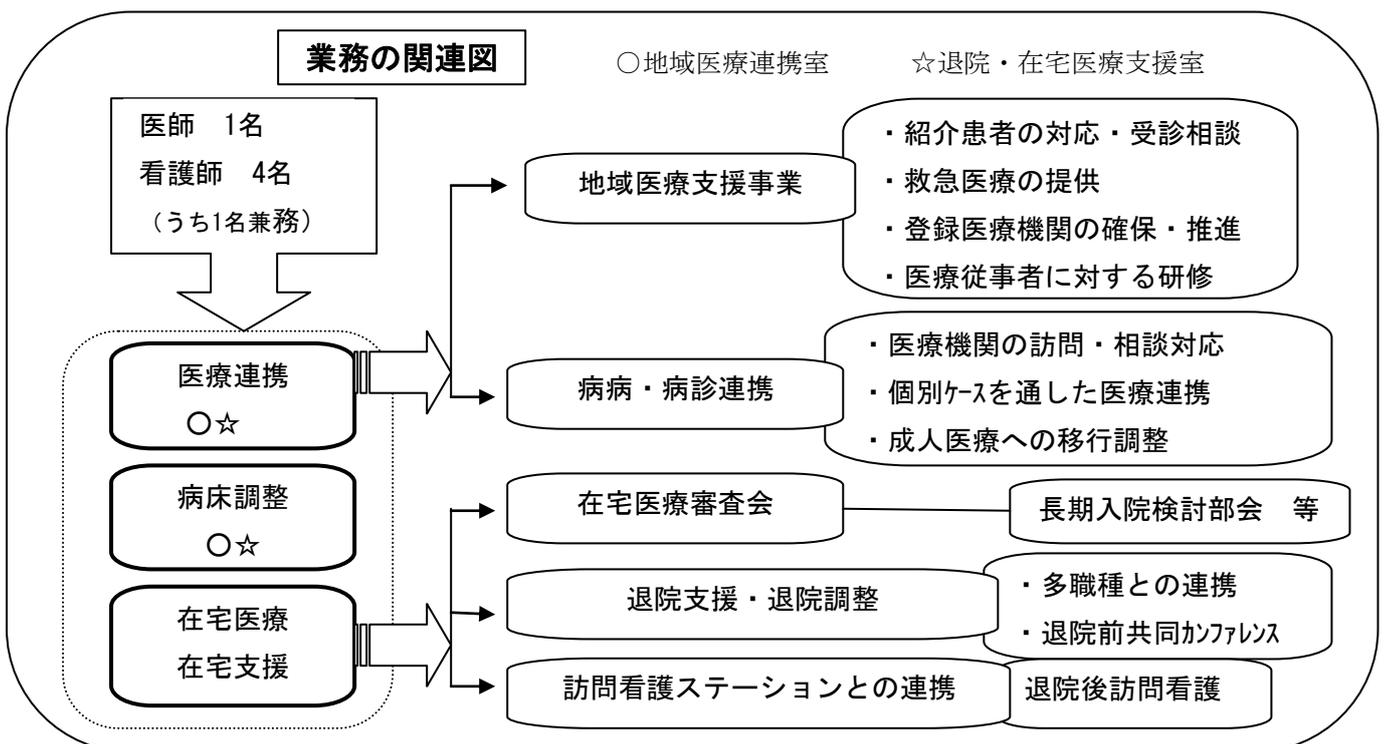
業務：

- 1) 退院支援・退院調整

集中治療、専門医療を必要とした退院困難要因を有する患者について、退院に向けた意思決定を支援し、在宅医療を継続するための調整を行う。
- 2) 医療連携（地域医療連携室との協働）
 - (1) 地域医療支援事業：地域の医療従事者を対象とした研修の実施
 - (2) 病病連携、病診連携：連携強化のための医療機関訪問、医療機関のデータ構築、在宅医療および退院調整についての相談対応
- 3) 病床調整（地域医療連携室との協働）

予定入院、緊急・救急患者の病床調整、転院依頼の病床調整
- 4) 在宅医療・在宅支援

医療機関や訪問看護ステーションと医療ケアについての連携、在宅医療審査会および長期入院検討部会の円滑な運営、在宅医療に対する地域医療機関からの相談対応



1-5) 退院・在宅医療支援室の行う退院支援・調整

1. 退院支援・退院調整の基本

- 1) 集中治療、専門医療を必要とした退院困難要因を有する患者について、退院に向けた意思決定を支援し、在宅医療を継続するための調整を行う
- 2) 退院困難ケースを早期に把握し、院内外と協働しながら退院支援・調整を行う

2. 退院・在宅医療支援室の関わる退院支援・退院調整の対象

- 1) NICU（新生児特定集中治療室）に入室し、集中的な治療を受けた退院困難を要する患者
- 2) 在宅医療を行う患者で入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要となる患者（在宅医療を要さない患者については医療福祉相談室が対応）
- 3) 在宅医療を行う患者で、同居者の有無にかかわらず必要な介護を十分に提供できる状態にない患者
- 4) 退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養療法を含む）が必要な患者
- 5) 入退院を頻回に繰り返している在宅医療を要する患者
- 6) 15歳以上の成人医療への移行を要する患者
- 7) その他 患者の状況から判断して1)～5)までに準ずると認められた患者

3. 退院在宅医療支援室への依頼方法

- 1) 「NICU入室患者」、「15歳以上の緊急入院および退院後生活様式の変更や医療処置が必要となる患者」については入院病棟が「退院支援スクリーニング表」を用いてスクリーニングを行う。退院支援が必要な項目に1つでも○がつけば、退院・在宅医療支援室に依頼し、退院支援カンファレンスを開催する。
- 2) その他の、上記「退院・在宅医療支援室の関わる退院支援・退院調整の対象」については入院病棟、医師、MSW等が口頭で退院・在宅医療支援室看護師に介入を依頼する。

4. 退院在宅医療支援室看護師が行う退院支援・退院調整の実際

- 1) 在宅での医療ケア方法・工夫がイメージできるようにプリパレーション等を活用して患者・家族に情報提供し、退院に向けての意思決定を支援する。
- 2) 退院支援カンファレンスを診療科医師、病棟看護師、MSWと連携して行い、退院困難要因の早期把握、早期退院支援を行う。
- 3) 在宅医療継続のため患者・家族と病棟看護師が協働して行う在宅に向けた医療ケアの調整、医療機器の選択の相談役となり支援する。
- 4) 患者・家族の退院に向けた意思決定を支援し、在宅医療が継続できるように院内外の多職種と連携し、医療ケアやサービスの調整を行う。
- 5) 在宅人工呼吸療法導入、ターミナルステージ、医療ケアが多岐に亘るなどで訪問看護ステーションへの連携を行った場合、医療ケアの継続として訪問看護ステーションの初回訪問時に同行訪問する「退院後訪問看護」を行う。

(1) 新生児退院調整運用基準

目的：集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者に対し、退院先の選定や必要な社会福祉サービス等の退院支援計画を策定し、適切な退院先に退院できるように退院調整を行う。

対象：NICU（新生児特定集中治療室21床）に入室し、集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者

診療報酬：上記の条件に加え、入院後7日以内にスクリーニングを行い、患者または家族の同意を得て入院後7日以内に退院支援計画を策定（退院時1回600点算定）し、当該計画に基づき退院した場合（新生児退院調整加算1）。更に、28日以上入院しているか、体重1500g未満の1回めの計画と変更があり、新たな退院支援計画書を作成した場合（新生児退院調整加算2）、入院中1回・退院時に1回それぞれ退院調整加算600点算定。＜NICU（新生児特定集中治療室21床）から退室後、他の病床に入院している患者を含む＞他院のNICUから転院してきた場合、新生児退院調整加算2を算定した患者について、7日以内に退院支援計画を策定し、自宅へ退院した場合、600点を算定する（新生児退院調整加算3）

必要書類：「保護者向け説明文書」（「NICUにおける医療について」に挿入）

「新生児退院支援スクリーニング表」（様式1） 「新生児退院支援計画書」（様式

2）

運用基準：

- 1 NICUに入院した当日、看護師は保護者に「NICUにおける医療について」（別紙）を渡し説明する。
電子カルテ文書より、「新生児退院支援スクリーニング表」と「新生児退院支援計画書」を2部印刷し、入院カルテのクリアポケットに保管する。他院のNICUからNICU以外に転院してきた場合は「新生児退院支援スクリーニング表」と「新生児退院支援計画書」を1部印刷し、入院カルテのクリアポケットに保管する。
- 2 NICUに入室する患者と他院のNICUからNICU以外に転院してきた全員を対象に、入院後3日以内に、担当看護師が「新生児退院支援スクリーニング表」を使用して、「退院困難な要因を有する患者」をスクリーニングする。
- 3 NICUでスクリーニングする前に本館病棟に転棟した場合は、転棟先病棟に『スクリーニングがまだ』であることを引き継ぐ。転入を受けた病棟は「新生児退院支援スクリーニング表」で「退院困難な要因を有する患者」をスクリーニングする。
- 4 「新生児退院支援スクリーニング表」の退院支援が必要な項目に1つでも○がついたら、診療報酬上の退院困難な要因を有する患者とし、（以下、「退院支援が必要な患者」とする）退院支援を進める。
- 5 転棟する場合は、未実施でも「新生児退院支援スクリーニング表」と「新生児退院支援計画書」2部を入院診療録の看護計画の前に綴じて、転棟先病棟に「退院支援が必要な患者」として引き継ぐ。
- 6 NICUまたは転棟先・転院受け入れする病棟の看護師はチェック済の「新生児退院支援スクリーニング表」を病棟クランク引き出しへ入れる。病棟クランクは1部コピーし退院在宅医療支援室に提出する。原本は入院カルテのクリアポケットに綴じる。
＊ 退院支援担当（退院在宅医療支援室）は、「新生児退院支援スクリーニング表」で退院支援が必要な患者を把握する。
- 7 退院支援が必要な患者について：スクリーニング後、入院1週間以内に、原則受け持ち看護師と退

院調整看護師が日程を調整し、関係職種でカンファレンスを行い、「新生児退院支援計画書」（退院にむけての問題点抽出と目標設定）（退院調整加算1）を作成する。「新生児退院支援計画書」作成後、共同看護計画と共に、書面にて説明し、保護者氏名に記載してもらい、病棟クラークの引き出しに入れる。

* 「新生児退院支援計画書」は新生児病棟、または、転棟病棟・転院受け入れ病棟で作成する。

- 8 「新生児退院支援計画書」の作成は1～2回（28日以上入院している患者、または、体重1500g未満の患者で、1回目の計画書と変更があった場合、再度計画書を作成し、作成変更日を記載）（退院調整加算2）とし、作成後速やかに共同看護計画と同じ#で「退院ケア」として退院計画立案をする。病棟クラークは、「新生児退院支援計画書」に保護者サインがあることを確認し、退院支援計画担当者にサインと押印を依頼する。その後、病棟クラークは、3部コピーし、原本は入院カルテのクリアファイルに保管する。
- 9 看護師は「新生児退院支援計画書」の原本を保護者に渡す。原本を渡す時期は病棟の判断による。
- 10 病棟クラークは、退院が決定したら「新生児退院支援計画書」のコピーに退院日と転帰を記載し、1枚を新生児スクリーニング表とともにカルテ保存用として、スキャンセンターに依頼する。残り2枚を退院在宅医療支援室と会計担当（委託部門）に渡す。
- 11 会計担当は、「新生児退院支援計画書」のコピーで算定する。

(2) 退院調整運用基準

目的：退院困難な要因を有する患者に対し、退院先の選定や必要な社会福祉サービス等の退院支援計画を策定し、適切な退院先に退院できるように退院調整を行う。

対象：「緊急入院」または「退院後生活様式の変更や医療処置が必要となる」15歳以上の退院困難な要因を有する患者

(退院困難な要因) 医科診療報酬点数表より抜粋

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかである
- イ 緊急入院である
- ウ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である（必要と予測される）
- エ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない
- オ 退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養法を含む）が必要
- カ 入退院を繰り返している
- キ 排泄に介護を要する
- ク その他患者の状況から判断してアからキまでに準ずると認められた場合

診療報酬：上記の条件に加え、患者または家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合。

入院14日以内の期間の退院	340点
入院15日以上30日以内の期間の退院	150点
入院31日以上期間の退院	50点
転院は算定不可	

必要書類：「保護者の方へ」

「退院支援スクリーニング表」（様式1）

「退院支援計画書」（様式2）

運用基準：

- 1 入院当日、看護師は保護者に「保護者の方へ」（別紙）を渡し説明する。
電子カルテ文書より、「退院支援スクリーニング表」と「退院支援計画書」を印刷し、指示ファイルに保管する。
- 2 15歳以上の緊急入院患者を対象に、入院後3日以内に、担当看護師が「退院支援スクリーニング表」を使用して、
「退院困難な要因を有する患者」をスクリーニングする。
*スクリーニングする前に他病棟に転棟した場合は、転棟先病棟に『スクリーニングが未』であることを引き継ぐ。転入を受けた病棟は「退院支援スクリーニング表」で「退院困難な要因を有する患者」をスクリーニングする。

- 3 「退院支援スクリーニング表」の退院支援が必要な項目に1つでも〇がつけば、診療報酬上の退院困難な要因を有する患者とし、（以下、「退院支援が必要な患者」とする）退院支援を進める。
 - * 転棟する場合は、未実施でも「退院支援スクリーニング表」と「退院支援計画書」を、転棟先病棟に「退院支援が必要な患者」として引き継ぐ。
- 4 病棟の看護師はチェック済の「退院支援スクリーニング表」を病棟クランクに渡す。病棟クランクは1部コピーし退院・在宅医療支援室に提出する。原本は指示ファイルに保管する。
 - * 退院支援担当（退院在宅医療支援室）は、「退院支援スクリーニング表」で退院支援が必要な患者を把握する。
- 5 退院支援が必要な患者について：入院後7日以内に、原則受け持ち看護師と退院調整看護師が日程を調整し、関係職種でCFを行い、「退院支援計画書」（病棟看護師が作成）を作成する。「退院支援計画書」は、共同看護計画と共に保護者に書面にて説明し、署名をもらう。署名をもらった「退院支援計画書」は病棟クランクに渡す。
- 6 「退院支援計画書」の作成後は速やかに共同看護計画と同じ#で「退院ケア」として退院計画立案をする。

退院支援計画の変更については看護計画上で変更する。
- 7 病棟クランクは、「退院支援計画書」に保護者の署名があることを確認し、退院支援計画担当者にサインと押印を依頼する。その後、病棟クランクは、3部コピーし、原本は指示ファイルに保管する。
- 8 病棟看護師は「退院支援計画書」の原本を保護者に渡す。原本を渡す時期は病棟の判断による。
- 9 病棟クランクは、退院が決定したら「退院支援計画書」のコピーに退院日と転帰を記載し、1枚をスクリーニング表とともにカルテ保存用として、スキャンセンターに依頼する。残り2枚を退院在宅医療支援室と会計担当（委託部門）に渡す。
- 10 会計担当は、「退院支援計画書」のコピーで算定する。

2. 神奈川県立こども医療センター在宅医療審査会設置要綱

(目的)

第1条 こども医療センターの患者が安心して地域や家庭での医療を受けることを推進するためのこども医療センター在宅医療審査会(以下「審査会」という。)の設置に関し、必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第2条 審査会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 在宅医療の推進、検討及び管理に関すること
- (2) 在宅人工呼吸療法に関すること
- (3) 在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法の年度報告に関すること
- (4) その他、在宅医療に関すること

(構成)

第3条 審査会の構成員は、別表に掲げる職をもって組織する。

- 2 座長は、別表の中から病院長が推薦し所長の指名による者をもって充てる。
- 3 副座長は、座長が選任する。
- 4 座長は、必要があると認める時は、構成員以外の者の出席を求め意見を聞くことができる。

(会議)

第4条 座長は審査会の会務を総理し、審査会を召集する。

- 2 在宅医療に移行する案件については管理者会議に報告し、承認を得る。
- 3 審査会の結果については、議事録を作成する。

(部会)

第5条 審査会に長期入院検討部会を置く。

- 2 長期入院検討部会(以下「部会」という。)は、長期入院患者に対し在宅での医療の可能性を評価し、意見を付して審査会に答申するものとする。
- 3 部会に座長と構成員をおく。
- 4 座長は、審査会の座長が兼務し、構成員は審査会の構成員の中から座長が指名する。
- 5 座長は、必要があると認める時は、構成員以外の者の出席を求め意見を聞くことができる。

(事務局およびその業務)

第6条 審査会の事務局は地域医療連携室に置く。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、座長が審査会に諮って別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

別 表

職 名
重症心身障害児施設長（座長）
遺伝科部長
神経内科部長
総合診療科部長
麻酔科医長
新生児科医長
リハビリテーション科部長
副看護局長
看護科長
小児看護専門看護師
母子保健推進室担当
医療福祉相談室担当
臨床心理室長
臨床工学室担当
緩和ケア普及室担当
医事課担当
経営企画課担当
退院・在宅医療支援室看護師（事務局）

3. 長期入院検討部会の運営基準

I 部会の目的：在宅医療審査会の下部組織で、「長期入院患者に対し在宅での医療の可能性を評価し、意見を付して審査会に答申するものとする」・・・在宅医療審査会の要綱より

II 実際の運営

- 1 部会は3ヶ月に1回開催（年間予定表を参照）
- 2 事前に長期入院患者リストを作成
基準日（部会開催月の1日）において、6ヶ月以上の入院患者を病棟からリストとしてあげる。
- 3 主治医、当該診療科の科長、入院病棟の看護科長、相談室スタッフはお知らせで、リストアップした患者を確認する
- 4 主治医、看護科長は欠席の場合、患者の状況がわかる医師、看護師を代行でたてる
- 5 部会では治療方針や退院の目処が立たない患者に対し、主治医から今後の治療方針等を聞いて部会の中で意見交換する。
- 6 治療方針や在宅療養に向けて準備を整えることを部会の構成メンバー間で共有する
- 7 主治医や病棟看護師は、部会で検討したことを治療や日々の看護ケアに生かし、転院または在宅に向けて計画的に進める。→ 患者家族が安心して在宅療養できるように、療養環境を整備しながら早期退院をめざす。

<構 成 員>

職種・部署	構 成 員	
医 師	重症心身障害児施設長	座 長
	主 治 医	
	当該診療科の科長	
	総 長	
	病 院 長	
	母子保健局長	
	副 院 長	
	肢体不自由児施設長	
看 護 局	看護局長 入院病棟の看護科長 小児看護専門看護師	
母子保健推進室	担 当 者	
医療福祉相談室	担当者	
医 事 課	担 当 者	
退院在宅医療支援室	担 当 者（看護師）	事務局

4. 神奈川県立こども医療センター在宅医療機器にかかる実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、神奈川県立こども医療センター（以下「センター」という。）で診療している患者に対し、次の在宅医療を実施するために必要な事項を定める。

- (1) 在宅酸素療法
- (2) 在宅人工呼吸療法
- (3) 在宅持続陽圧呼吸療法
- (4) 在宅自己腹膜灌流
- (5) 在宅成分栄養経管栄養法
- (6) 在宅中心静脈栄養法
- (7) 在宅肺高血圧症患者
- (8) 在宅腫瘍患者
- (9) 在宅自己注射（インスリン間歇注入）
- (10) 在宅小児経管栄養法

(対象)

第2条 対象は、別に定める疾病のために、前条に定める在宅医療機器を必要とする患者のうち、病状が安定し、医学的、社会的条件を充たし、適切な指導により在宅医療機器の開始が可能と担当医師が判断し、病院長が認めたものとする。

(開始申請)

第3条 担当医師は、在宅医療機器の開始にあたっては、この要領に定める事項に十分留意し、その所属する診療科科長及びその他の関係部門と連絡、調整を十分に行わなければならない。

2 担当医師は、在宅医療機器を開始しようとするときは、対象患者の保護者に別表1に定める説明書により十分な説明を行わなければならない。

ただし、在宅人工呼吸療法の開始にあたっては、担当医師は別表2に定める書類を作成し、あらかじめ、在宅医療審査会で検討、承認を得なければならない。

3 担当医師は、在宅医療機器を開始しようとするときは、別表2に定める書類を病院長に提出し、承認を受けなければならない。

4 病院長は、担当医師から在宅医療機器の開始申請にかかる書類が提出された場合、その必要性、妥当性、可能性等を総合的に判断したうえで、承認、又は必要な指示を与えるものとする。

(変更届)

第4条 担当医師は、在宅医療機器を変更する場合は、別表3に定める変更届により、病院長に届け出なければならない。

(中止届)

第5条 担当医師は、在宅医療機器を中止した場合は、別表4に定める中止届により、病院長に届け出なければならない。

2 担当医師は、在宅医療機器を一旦中止した後に再開しようとするときは、第3条に定める手続きを行う。

(事務担当及び業務)

第6条 在宅医療機器に関する事務は、医事課が担当するものとし、在宅医療機器の実施に関する書類等の保管、病院長から指示された事項その他の関連業務を行う。

(在宅医療機器に必要な装置の供給、保守及び管理)

第7条 在宅医療機器に必要な装置の保守及び管理（在宅酸素療法については酸素の供給を含む）はセンターが取扱業者に委託して行うものとする。

(緊急時の対応)

第8条 在宅医療機器使用中に対象患者あるいは装置に異常がある旨の連絡を受けた場合には、担当医師、又は当直医師は適切な処置をとらなければならない。

(在宅医療機器に必要な装置の選択)

第8条 担当医師は診療報酬に基づいた在宅療養指導管理料、加算の診療報酬範囲内で、装置の機能と価格を考慮して、最も効率がよいものを選択しなければならない

(要領の改正)

第10条 本要領の改正は在宅医療審査会で協議の上、改正することができる。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年11月1日から施行する。

種 類	提 出 書 類
在宅酸素療法 (1型心疾患以外)	在宅酸素療法に関する説明書（様式1-2）
在宅人工呼吸療法	在宅人工呼吸療法に関する説明書（様式2-3）
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法に関する説明書（様式3-3）
在宅自己腹膜灌流	在宅自己腹膜灌流に関する説明書（様式4-3）
在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法	在宅成分栄養経管栄養法に関する説明書（様式5-3）
在宅中心静脈栄養法	在宅中心静脈栄養法に関する説明書（様式6-3）
在宅肺高血圧症患者	在宅肺高血圧症患者管理に関する説明書（様式7-3）
在宅腫瘍患者	在宅腫瘍患者管理に関する説明書（様式8-3）
在宅自己注射 (インスリン間歇注入)	在宅自己注射（インスリン間歇注入）に関する説明書 （様式9-3）
在宅酸素療法 (1型心疾患)	在宅酸素療法(小型酸素ボンベのみ)に関する説明書 （様式10-2）

別表 2

種 類	提 出 書 類
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患以外)	① 在宅酸素療法開始の申請書 (様式1-1) ② 在宅酸素療法に関する同意書 (様式1-3)
在宅人工呼吸療法	① 在宅人工呼吸療法開始の申請書 (様式2-1) ② 在宅人工呼吸療法の処方 (様式2-2) ③ 在宅人工呼吸療法に関する同意書 (様式2-4)
在宅持続陽圧呼吸療法	① 在宅持続陽圧呼吸療法開始の申請書 (様式3-1) ② 在宅持続陽圧呼吸療法の処方 (様式3-2) ③ 在宅持続陽圧呼吸療法に関する同意書 (様式3-4)
在宅自己腹膜灌流	① 在宅自己腹膜灌流開始の申請書 (様式4-1) ② 在宅自己腹膜灌流の処方 (様式4-2) ③ 在宅自己腹膜灌流に関する同意書 (様式4-4)
在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法	① 在宅成分栄養経管栄養法開始の申請書 (様式5-1) ② 在宅成分栄養経管栄養法の処方 (様式5-2) ③ 在宅成分栄養経管栄養法に関する同意書 (様式5-4)
在宅中心静脈栄養法	① 在宅中心静脈栄養法開始の申請書 (様式6-1) ② 在宅中心静脈栄養法の処方 (様式6-2) ③ 在宅中心静脈栄養法に関する同意書 (様式6-4)
在宅肺高血圧症患者	① 在宅肺高血圧症患者管理開始の申請書 (様式7-1) ② 在宅肺高血圧症患者管理の処方 (様式7-2) ③ 在宅肺高血圧症患者管理に関する同意書 (様式7-4)
在宅腫瘍患者	① 在宅腫瘍患者管理開始の申請書 (様式8-1) ② 在宅腫瘍患者管理の処方 (様式8-2) ③ 在宅腫瘍患者管理に関する同意書 (様式8-4)
在宅自己注射 (インスリン間歇注入)	① 在宅自己注射(インスリン間歇注入)開始の申請書 (様式9-1) ② 在宅自己注射(インスリン間歇注入)の処方 (様式9-2) ③ 在宅自己注射(インスリン間歇注入)に関する同意書 (様式9-4)
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患)	①在宅酸素療法(小型酸素ボンベのみ)開始の申請書 (様式10-1) ②在宅酸素療法(小型酸素ボンベのみ)に関する同意書 (様式10-3)

別表 3

種 類	提 出 書 類
在宅酸素療法 (1型・2型心疾患以外)	在宅酸素療法の変更届 (様式1-4)
在宅人工呼吸療法	在宅人工呼吸療法の変更届 (様式2-5)
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法の変更届 (様式3-5)
在宅自己腹膜灌流	在宅自己腹膜灌流の変更届 (様式4-5)
在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法	在宅成分栄養経管栄養法の変更届 (様式5-5)
在宅中心静脈栄養法	在宅中心静脈栄養法の変更届 (様式6-5)
在宅肺高血圧症患者	在宅肺高血圧症患者管理の変更届 (様式7-5)
在宅腫瘍患者	在宅腫瘍患者管理の変更届 (様式8-5)
在宅自己注射 (インスリン間歇注入)	在宅自己注射 (インスリン間歇注入) の変更届 (様式9-5)
在宅酸素療法 (1型・2型心疾患)	在宅酸素療法(小型酸素ポンベのみ)の変更届 (様式10-4)

別表 4

種 類	提 出 書 類
在宅酸素療法 (1型・2型心疾患以外)	在宅酸素療法の中止届 (様式1-5)
在宅人工呼吸管理	在宅人工呼吸管理の中止届 (様式2-6)
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法の中止届 (様式3-6)
在宅自己腹膜灌流	在宅自己腹膜灌流の中止届 (様式4-6)
在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法	在宅成分栄養経管栄養法の中止届 (様式5-6)
在宅中心静脈栄養法	在宅中心静脈栄養法の中止届 (様式6-6)
在宅肺高血圧症患者	在宅肺高血圧症患者管理の中止届 (様式7-6)
在宅腫瘍患者	在宅腫瘍患者管理の中止届 (様式8-6)
在宅自己注射 (インスリン間歇注入)	在宅自己注射 (インスリン間歇注入) の中止届 (様式9-6)
在宅酸素療法 (1型・2型心疾患)	在宅酸素療法(小型酸素ポンベのみ)の中止届 (様式10-5)

5. 在宅医療機器の導入にかかる運用基準

1) 申請書類および在宅医療審査会での検討

在宅医療機器の種類と指導管理料	申請書類	在宅医療 審査会	チェックシ ート 提出、確認
在宅人工呼吸指導管理料（2800点）	必要	要検討	審査会に提出
在宅酸素療法指導管理料（2500点） アノゼ型心疾患以外	必要		
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（250点）	必要		
在宅自己腹膜灌流指導管理料（3800点）	必要		
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料（2500点） 在宅小児経管栄養法指導管理料（1050点）	必要		
在宅中心静脈栄養法指導管理料（3000点）	必要		
在宅肺高血圧症患者指導管理料（1500点）	必要		
在宅悪性腫瘍患者指導管理料（1500点）	必要		
在宅自己注射指導管理料 ＜インスリン間歇注入 複雑な場合＞ （1230点） ＜インスリン間歇注入＞（820点）	必要		
在宅酸素療法指導管理料（1300点） アノゼ型心疾患（小型酸素ボンベのみ）	必要		

2) 在宅医療機器にかかる書類と事務手続きの流れ

(1) 開始申請 (用紙の保管および提出先：医事課)

種 類	提 出 書 類
在宅酸素療法 (ファーマ型心疾患 以外)	① 在宅酸素療法開始の申請書 (様式1-1) ② 在宅酸素療法に関する説明書 (様式1-2) ③ 在宅酸素療法に関する同意書 (様式1-3)
在宅人工呼吸	① 在宅人工呼吸療法開始の申請書 (様式2-1) ② 在宅人工呼吸療法の処方 (様式2-2) ③ 在宅人工呼吸療法に関する説明書 (様式2-3) ④ 在宅人工呼吸療法に関する同意書 (様式2-4)
在宅持続陽圧呼吸療法	① 在宅持続陽圧呼吸療法開始の申請書 (様式3-1) ② 在宅持続陽圧呼吸療法の処方 (様式3-2) ③ 在宅持続陽圧呼吸療法に関する説明書 (様式3-3) ④ 在宅持続陽圧呼吸療法に関する同意書 (様式3-4)
在宅自己腹膜灌流	① 在宅自己腹膜灌流開始の申請書 (様式4-1) ② 在宅自己腹膜灌流の処方 (様式4-2) ③ 在宅自己腹膜灌流に関する説明書 (様式4-3) ④ 在宅自己腹膜灌流に関する同意書 (様式4-4)
在宅成分栄養 経管栄養法 在宅小児経管栄養法	① 在宅成分栄養経管栄養法開始の申請書 (様式5-1) ② 在宅成分栄養経管栄養法の処方 (様式5-2) ③ 在宅成分栄養経管栄養法に関する説明書 (様式5-3) ④ 在宅成分栄養経管栄養法に関する同意書 (様式5-4)
在宅中心静脈栄養法	① 在宅中心静脈栄養法開始の申請書 (様式6-1) ② 在宅中心静脈栄養法の処方 (様式6-2) ③ 在宅中心静脈栄養法に関する説明書 (様式6-3) ④ 在宅中心静脈栄養法に関する同意書 (様式6-4)
在宅肺高血圧症患者	① 在宅肺高血圧症患者管理開始の申請書 (様式7-1) ② 在宅肺高血圧症患者管理の処方 (様式7-2) ③ 在宅肺高血圧症患者管理に関する説明書 (様式7-3) ④ 在宅肺高血圧症患者管理に関する同意書 (様式7-4)
在宅悪性腫瘍患者	① 在宅悪性腫瘍患者管理開始の申請書 (様式8-1) ② 在宅悪性腫瘍患者管理の処方 (様式8-2) ③ 在宅悪性腫瘍患者管理に関する説明書 (様式8-3) ④ 在宅悪性腫瘍患者管理に関する同意書 (様式8-4)

在宅医療の手引き

在宅自己注射 (インスリン間歇注入)	① 在宅自己注射(インスリン間歇注入)開始の申請書(様式9-1) ② 在宅自己注射(インスリン間歇注入)の処方(様式9-2) ③ 在宅自己注射(インスリン間歇注入)に関する説明書(様式9-3) ④ 在宅自己注射(インスリン間歇注入)に関する同意書(様式9-4)
在宅酸素療法 (心房性心疾患)	① 在宅酸素療法開始の申請書(様式10-1) ② 在宅酸素療法に関する説明書(様式10-2) ③ 在宅酸素療法に関する同意書(様式10-3)

<開始申請時の事務手続きの流れ>

医 師	医事課 内線(3123)	地域医療 連携室	経営企画課	会計担当 (業務委託)	業 者
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">機器の供給</div> (ア) (連絡)					(設置)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">申 請 書</div> ② (作成) ↓ (提出)	(退院予定日を入れて関係 部署に回覧) ↓ (決裁後 保管)	③申請書写し	③申請書写し	③申請書写し	

- ①主治医からメーカーに連絡、設置を依頼します。
- ②申請書は、導入することが決まりましたら、速やかに医事課に提出します。提出が遅れるときは、医事課に一報をいれます。
- ③医事課は、申請書の写しを経営企画課と地域医療連携室と会計担当に提出します。
- ④医事課は申請書に退院予定日を記入し決裁を受けます。

※ 申請書等の用紙は**電子カルテ**にあります。記載した申請書等は医事課に提出します。(同意書を忘れずに提出)

※ 書類(写し)を申請書以下全て、**決裁後**「医療機器の申請書」は**スキャン**を行い電子カルテに保存し、書類(写し)は医事課が綴じる。

*在宅医療機器は在宅診材小委員会の導入の承認を得たものに限る。

(2) 変更届 (用紙の保管及び提出先：医事課)

<提出書類>

種 類	提 出 書 類
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患以外)	在宅酸素療法の変更届 (様式1-5)
在宅人工呼吸療法	在宅人工呼吸療法の変更届 (様式2-5)
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法の変更届 (様式3-5)
在宅自己腹膜灌流	在宅自己腹膜灌流の変更届 (様式4-5)
在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法	在宅成分栄養経管栄養法の変更届 (様式5-5)
在宅中心静脈栄養法	在宅中心静脈栄養法の変更届 (様式6-5)
在宅肺高血圧症患者	在宅肺高血圧症患者管理の変更届 (様式7-5)
在宅悪性腫瘍患者	在宅悪性腫瘍患者管理の変更届 (様式8-5)
在宅自己注射 (インスリン間歇注入)	在宅自己注射 (インスリン間歇注射) の変更届 (様式9-5)
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患)	在宅酸素療法の変更届 (様式10-5)

<変更時の事務手続きの流れ>

医 師	医事課 内線(3123)	地域医療 連携室	経営企画課	会計担当 (業務委託)	業 者
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">機器に変更 がある場合</div> <p>① (連絡)</p>					→ (撤去・設置)
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">変 更 届</div> <p>② (作成) ↓ (提出)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">関係部署 に回覧</div> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">決裁後 保管</div>	③申請書写し	③申請書写し	③申請書写し	

①主治医からメーカーに連絡、設置を依頼します。

②機器（機種）の変更と同時期に変更届を作成し、速やかに医事課に提出します。

提出が遅れるときは、医事課に一報をいれます。

③医事課は「変更届」を回覧、決裁を受けます。同時に申請書の写しを経営企画課と地域医療連携室と会計担当に提出します。

※ 変更の書類（写し）は各部署連絡後、**決裁後にスキャン**を行い電子カルテに保存し、書類（写し）は医事課が綴じる。

(3) 中止（終了）報告（用紙の保管及び提出先：医事課）

<提出書類>

種 類	提出書類
在宅酸素療法 (<i>チアノーゼ</i> 型心疾患以外)	在宅酸素療法中止届（様式1-6）
在宅人工呼吸療法	在宅人工呼吸療法の中止届（様式2-6）
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法の中止届（様式3-6）
在宅自己腹膜灌流	在宅自己腹膜灌流の中止届（様式4-6）
在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法	在宅成分栄養経管栄養法の中止届（様式5-6）
在宅中心静脈栄養法	在宅中心静脈栄養法の中止届（様式6-6）
在宅肺高血圧症患者	在宅肺高血圧症患者管理の中止届（様式7-6）
在宅悪性腫瘍患者	在宅悪性腫瘍患者管理の中止届（様式8-6）
在宅自己注射 (インスリン間歇注入)	在宅自己注射（インスリン間歇注射）の中止届 （様式9-6）
在宅酸素療法 (<i>チアノーゼ</i> 型心疾患)	在宅酸素療法の中止届（様式 10-5）

<中止する時の事務の流れ>

医 師	医事課 内線(3123)	地域医療 連携室	経営企画課	会計担当 (業務委託)	業 者
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">機器の撤去 中止の場合</div> <p>① (連絡)</p>					→
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">中 止 届</div> <p>② (作成)</p> <p style="margin-left: 20px;">└───┬───▶</p> <p>(提出)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">関係部署 に回覧</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">決裁後 保管</div>	③中止届写し	③中止届写し	③中止届写し	
					(撤去)

①主治医からメーカーに連絡、中止を依頼します。

②機器（機種）の中止届を作成し、速やかにを医事課に提出します。

提出が遅れるときは、医事課に一報をいれます。

③医事課は「中止届」を回覧、決裁を受けます。同時に申請書の写しを経営企画課と地域医療連携室と会計担当に提出します。

※ 中止届の用紙は医事課にあります。記載した中止届は医事課に提出してください。

※ 中止の書類（写し）は各部署連絡後、**決裁後にスキャン**を行い電子カルテに保存し、書類（写し）は医事課が綴じる。

6. 在宅医療に係る診療材料検討小委員会設置要綱

1) 設置要綱

(目的)

第1条 この要綱は、当センターが実施する在宅医療に係る診療材料（以下「診療材料」という。）に関する諸課題について、具体的な検討を行うことを目的として設置する在宅医療に係る診療材料検討小委員会（以下「委員会」という。）の設置及び運営について、必要な事項を定めるものとする。

(所掌事務)

第2条 委員会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 在宅医療に係る診療材料の選定に関すること。
- (2) 在宅医療に係る診療材料に係る診療報酬に関すること。
- (3) 前各号に掲げるもののほか、診療材料に係る事項に関すること。

(構成員)

第3条 委員会の委員は、別表に掲げる者をもって充てる。

- 2 委員会の座長は、副院長をもって充て、座長に事故あるときは、あらかじめ座長の指名する者がその職務を代理する。
- 3 委員会は、座長が招集し、座長は会務を掌理する。
- 4 座長は、必要と認める者に委員会への出席を求めることができる。

(委員会)

第4条 委員会は年2回以上開催するものとする。

- 2 座長は必要に応じ委員会内容について、所長等に報告するものとする。

(庶務)

第4条 委員会の庶務は、医事課において処理する。

(その他)

第5条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に必要な事項は、座長が定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成20年10月 1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月 1日から施行する。

別 表

副 院 長 (座長)
医 事 課
医 事 課
医 事 課
医療福祉相談室
退院・在宅医療支援室
神 経 内 科
新 生 児 科
外 来 看 護 科

2) 在宅療養指導管理料 算定と診療材料の払い出しについて

在宅療養指導管理料とは

- 当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護にあたる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意および指導を行ったうえで、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅医療の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する

在宅療養指導管理料の算定のルール

在宅療養指導管理料の算定ルールについて

- ① 在宅療養指導管理料は、暦月に1回しか算定できない。
→よって、診療材料も暦月に1回しか払い出せない。
(例：6月2日と6月30日→× 6月2日と7月1日→○)
- ② 在宅療養指導管理料は、高い点数のものを、1つだけしか算定できない。
(例：在宅酸素療法を行って、気管切開をしている患者の場合は、気管切開指導管理料900点ではなく、在宅酸素療法指導管理料2500点を算定。)
- ③ 医療機器の貸し出しを行っている場合は、機器の加算を算定するために、該当する指導管理料を算定する。
(例：在宅酸素療法2500点をおこなっている在宅成分栄養経管栄養法指導管理料→ポンプなし2500点の場合は、酸素療法の機器を貸し出ししているため、在宅酸素療法指導管理料を算定する)
- ④ 在宅療養指導管理材料加算は、算定条件を満たしていれば、複数でも算定可能である。
(例：在宅寝たきり患者処置指導管理料1050点を算定している場合に、気管切開指導管理料の算定条件にあっていれば、人工鼻加算1500点がとれる。)
- ⑤ 同一の在宅療養指導管理料は、複数の病院では算定できない。
(例：在宅自己導尿指導管理料を算定し、導尿のカテーテルを払い出している場合、近医と当センターで、月代わりで交互に算定するということが不可)

当センターにおける在宅療養指導管理料の算定のルール

- ・ 在宅療養に関する課題等に関しては、在宅医療審査会、在宅医療に係る診療材料検討小委員会で検討し、当センターとして決定する。
- ・ 在宅療養指導管理料の算定と診療材料の払い出しに関しては、在宅医療に係る診療材料検討小委員会で検討し、診療報酬の制度改正等にあわせて適宜変更する。
- ・ 診療材料の払い出しに関しては、原則として、当センターで設定した内容のみの対応とし、いわゆる【個人セット】での対応は行わない。

在宅療養指導管理料の算定条件について

種別	対象患者
在宅 自己注射	<p>厚生労働大臣が定める注射薬を自己注射している患者</p> <p>①から⑮に該当するもの</p> <p>①インスリン製剤 ②性腺刺激ホルモン製剤（排卵誘発目的は不可）③ヒト成長ホルモン剤</p> <p>④遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤 ⑤遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤</p> <p>⑥乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤 ⑦乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤</p> <p>⑧性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤 ⑨ソマトスタチンアナログ</p> <p>⑩ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体 ⑪グルカゴン製剤 ⑫ヒトソマトメジンC製剤</p> <p>⑬インターフェロンβ製剤（多発性硬化症のみ）</p> <p>⑭インターフェロンα製剤（C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善（血中HCV RNA量が高い場合を除く）を目的の単独投与（初期治療に用いる場合を除く）のみ）</p> <p>注意：2週に1回は外来、往診または訪問診療を行う事</p> <p>：ペグインターフェロンα製剤不可</p> <p>：多発性骨髄腫、慢性骨髄腫白血病、ヘアリー細胞白血病、腎癌等の悪性腫瘍の患者が自己注射する場合はC108在宅悪性腫瘍患者指導料の対象</p> <p>⑮エタネルセプト製剤（関節リウマチ（既存治療で効果不十分な場合に限る））</p> <p>注意：2週に1回は外来、往診または訪問診療を行う事</p>
在宅 悪性腫瘍 患者	<p>在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている末期の悪性腫瘍患者</p> <p>①か②に該当のもの</p> <p>①持続性の疼痛があり経口では改善しないため注射による鎮静剤投入が必要なもの</p> <p>②注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅で自ら実施する鎮痛療法又は化学療法（化学療法については末期でなくてもよい）鎮痛療法・ブプレノルフィン製剤、ブトルファノール製剤若しくは塩酸モルヒネ製剤（※1）をa、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ b、輸液ポンプ C、注射のいずれかにて注入</p> <p>（※1）塩酸モルヒネ製剤使用には薬液が取り出せない、患者等が注入速度を変えられない構造のバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に充填して交付のみ</p> <p>化学療法・①a、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ b、輸液ポンプ のいずれかを用いて中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する方法 ②インターフェロンα剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄腫白血病、ヘアリー細胞白血病、腎癌等の患者に注射する療法</p>

在宅自己 腹膜灌流	在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者 2回め以降（同月2・3回め）が算定できる対象者＝頻回に指導管理を必要とする ①～⑤該当 ①当該導入期にあるもの ②糖尿病で血糖コントロールが困難なもの ③腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの ④腹膜の透析効率及び除水率が著しく低下しているもの ⑤その他医師が必要と認めるもの
在宅 血液透析	在宅血液透析を行っている患者 2回め（同月2・3回め、起算月より2月は月4回）以降が算定できる対象者＝頻回に指導管理を必要とする ①～③該当 ①当該導入期 ②合併症の管理が必要なもの ③その他医師が必要と認めるもの
在宅中心 静脈栄養 法	諸種の原因による腸管大量切除又は腸管機能不全症例のうち安定した病態にある患者で中心静脈栄養以外に栄養維持が困難で当該治療が必要だと医師が認めたもの
在宅 成分栄養 経管栄養 法	経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者 人工栄養剤・エレンタール・エレンタールP・エンテルロード・ツインライン
在宅 寝たきり 患者処置	*院内で定めた基準としては、 ①身障者手帳(肢体不自由)1級・2級に該当している ②「寝たきり」と主治医が判断していると定めている。 ：なお、それに加えて③の対象処置を実施している ③寝たきりの状態又は 特定疾患治療研究事業対象疾患に罹患で医療受給者証の発行を受けており常時介護を要する状態のもの 対象処置・創傷処置（気管内ディスポーザブル交換を含み、熱傷処置を除く） 皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引、消炎鎮痛等処置 原則は医師が看家訪問、例外として家族等に付添われて来院した患者にもok
在宅 自己導尿	残尿を伴う排尿困難を有する患者 ア、諸種の原因による神経因性膀胱 イ、下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等） ウ、腸管利用の尿リザーバー造設術の術後
在宅 酸素療法	チアノーゼ型先天性心疾患＝ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症など上記の疾患で発作時に低酸素又は無酸素状態になる患者で発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法 高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者又は慢性心不全の患者 上記の疾患で安定した病態にある退院患者および手術待機の患者 高度慢性呼吸不全・動脈血酸素分圧55mmHg以下・60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来すもの

	慢性心不全患者・・NYHAⅢ度以上であり、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ無呼吸 低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている
在宅人工呼吸	病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めたもの 睡眠時無呼吸症候群は対象外
在宅持続陽圧呼吸療法	睡眠時無呼吸症候群である患者 ①か② ① ア、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数）が20以上 イ、日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例 ウ、睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例 ② ア、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数）が40以上 イ、日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
在宅気管切開患者	諸種の原因により気管切開を行った患者のうち安定した状態にあるもの
在宅自己疼痛管理	難治性慢性疼痛を有するもののうち埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込み、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を行った場合
在宅肺高血圧症	原発性肺高血圧症患者 ※肺動脈性肺高血圧症は当分の間、原発性肺高血圧症に準ずる 自らが携帯型精密輸液ポンプを用いてプロスタグランジンI2製剤を投与する患者

7. 人工呼吸療法(TPPV)、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)導入患者の退院に向けた支援

1) 人工呼吸療法(TPPV)、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV) ケアシート・ケアチェックシート 運用マニュアル

人工呼吸療法(TPPV)ケアシート・ケアチェックシート、 非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)ケアシート・ケアチェックシート運用マニュアル
--

1. 目的

- 1) 人工呼吸療法(以下TPPVとする)、非侵襲的陽圧換気療法(以下NPPVとする)を開始する子どもと家族が、必要なケアが受けられ在宅に向かうために活用する
- 2) 在宅医療審査会での検討に活用する
- 3) 子ども・家族と多職種がケアの目標を共有し、方向性を統一するために活用する

2. 適応

- 1) TPPVを導入する患者とその家族
- 2) NPPVを導入する患者とその家族
- 3) TPPV中またはNPPV中で機器の変更がある場合(必要に応じてチェックシートを使用する)

3. ケアシート、ケアチェックシートを使用する上で留意すること

- 1) 子ども・家族の意思や意向を尊重した上で、TPPV、NPPVは開始される。TPPVの導入を子ども・家族が決定した後も、意思や思いの確認は慎重に行い、説明やケアを行なう際、医療福祉スタッフの強制力がかからないよう十分に配慮する。
- 2) 子どもと家族が在宅療養を決定した後も、在宅療養に対して不安や迷いなどがある場合、いつでも医療福祉スタッフに話してほしいことを伝える。
- 3) 子どもと家族、医療福祉スタッフの目標がずれていないかどうか、常に確認を行なうようにする。

4. 活用の手順

- 1) 在宅医療審査会で登録を行なう。(1回目の在宅医療審査会)
- 2) 登録の時期は医療スタッフの誰かが「在宅の可能性が十分あるので登録したいと思ったとき」とする。
- 3) 1回目の在宅医療審査会で登録を行い、プロジェクトチームを結成する。
* 主治医は資料を作成し退院・在宅医療支援室に提出する。
- 4) 在宅療養の可能性についての家族への説明は、登録前に行なう。
- 5) ケアシートに沿ってケアを開始する。
在宅療養までの流れに沿って、プロジェクトチームが連携・協働してケアを進めていく。
 - ① 登録後チームでカンファレンスを開き、情報交換、確認を行なう。
 - ② カンファレンスの前後でプロジェクトチームの紹介を子どもと家族に行なう。

- ③ ケアシートに沿ってそれぞれの役割が連携し、子どもと家族と共にケアを進めていくことや在宅医療審査会について子どもと家族に説明を行う。(説明用紙使用)
- ④ プロジェクトチームについて：プライマリーナースがケアの中心となるため、行う調整が多くある。またケアの継続性を図ることが最も重要となるため、プライマリーナースひとりでは調整や継続が困難となる場合もある。そのため、プライマリーナースは一人ではなく、複数名おくことが望ましい。
- ⑤ 進行状況の確認について：ケアの進行状況やチェックシートの進行状況について、看護科長やリーダーナースがチームに投げかけ、確認し、プライマリーナースが勤務していなくても、カンファレンスが持てるように働きかける。
- 6) 院内外泊前の2回目の在宅医療審査会に向けて：
院内外泊に向けて在宅医療審査会にチェックシート1.3を提出する。その他検討のために必要な資料については主治医、看護師、医療福祉相談室が作成する。チェックシート1.3の提出がないと審議はできない。サイン欄が全て埋まっていなくても審議は可能であるが、サインがされていない部分については、どのような課題を残しておりサインができないのかを明確にし、院内外泊を行なうにあたり支障はないのか、調整が可能であるのかなどを会議で報告する。
* NPPVの場合、必ずしも院内外泊は必要としない。個別の状況に応じてチームで判断する。
- 7) NPPVで患者や家族の状況で、外来から登録(1回目在宅医療審査会)、プロジェクトチームを結成しチェックシート1,2に沿ってケアを進めながら入院、2回目の在宅医療審査会で、院内外泊、退院をめざすこともある。
* この場合、前述の3「ケアシート、チェックシートを使用する上で留意すること」を遵守して無理をしない。
- 8) 外泊前の3回目の在宅医療審査会に向けて：
外泊前に在宅医療審査会にチェックシート1~4を揃えて提出する。原則としてチェックシートの提出をもって、検討する。在宅医療審査会で外泊が承認された後、管理者会議で審査会座長が病院管理者に報告を行う。管理者会議後、外泊となる。
* NPPVの場合、チェックシート1,2を提出する。
- 9) 院内外泊後の外出について：
院内外泊に向けて移動の方法等を検討する。外出は主治医の判断にて行う。
- 10) 地域関連機関を交えての退院前の合同カンファレンスの実施時期：
調整可能であれば退院前1ヶ月以内、院内外泊前が望ましい。合同カンファレンスは外来看護師(看護外来窓口に連絡)も参加する。合同カンファレンスの資料は診療録にスキャンする。
- 11) 救急蘇生法の説明：原則として主治医が行なう。
- 12) 緊急時の連絡方法：
患者カード「*緊急時こども医療センターに連絡をした時に伝える内容、
* 救急車に伝える内容など」を作って渡す。患者カードを緊急時にはそのまま読み上げるようにする。緊急時もって行くものをリストアップし準備しておく。
5. ケアチェックシート確認の手順

- 1) 医師、看護師、相談室の3者が集まりでケアチェックシートをもとに確認をし、サインを行なう。サインが行なえない部分についての課題を明確する。プライマリーナースに加え、プロジェクトチームである看護科長が参加していることが望ましい。
 - 2) 上記3者でのチェック終了後、プライマリーナースと子ども・家族で家族用のチェックシート用いてチェックを行なう。子ども・家族に一つ一つ確認を行い、説明やケアが必要な部分については、サインをしなくてよいことを伝え、課題を明確にしておく。
 - 3) 課題が明確になった後、必要なケアを行い、再度チェックシートをもとにチェックを行なう。
-
6. 書類（様式2-1、2-2、2-4）の提出先
申請書は、導入することが正式に決まった時点で、医事課に提出。幹部の決裁を受けた後、医事課は原本を保管し、コピーをスキャンセンターに回す。

 7. チェックシートの提出先
主治医は3回目（NPPVは2回目）の在宅医療審査会后、在宅医療審査会座長に提出し、承認印をもらう。承認印を受けた原本は病棟からスキャンセンターに回す。

 8. 退院前訪問について
退院前訪問運用基準参照

 9. 訪問記録について
訪問記録記載基準参照

様のご家族の方へ

こども医療センターでは、お子様が人工呼吸器などの医療機器を使用して在宅療養を行なう場合、医師、看護師、母子保健局など多職種がチームとなりお子様のケアに関わらせていただいております。お子様の病状は医療機器を使用することで在宅療養が可能で、それによってお子様のQOL（生活の質）が維持・向上することができると考えています。ご自宅で安全に医療機器を使用することについて十分配慮し、ご家族と共にチームが十分に話し合っただけで進めてゆきたいと思っております。

お子様とご家族が安心して地域、家庭での医療を受けられるよう「こども医療センター在宅医療審査会」が月1回開かれております。構成メンバーは医師、看護師、医療福祉相談室、退院・在宅医療支援室、医事課です。この審査会では、お子様の在宅療養に向けてのケアの状況などを確認しておりますが、その際にケアチェックシートを使用しております。このケアチェックシートは、ご家族と私たちチームが同じ目標をもち、必要なケアを提供させていただくことはできているのかなどを確認するためのものです。ご家族にもケアチェックシートで確認をしていただいております。

チェックシートを使用して医療者と確認を行なっていく際、ご不明な点や疑問な点がある場合には、サインをする必要はありません。納得された項目のみ、サインをしていただければと思います。チェックシートのご不明な点などについては、再度ご説明や話し合いなどを行ってまいります。

在宅療養に向けてのケアはお子様とご家族を中心におき、医療、福祉スタッフが協働し進めていくものです。ケア開始後も、不安や疑問などがありましたらいつでもチームの医師、看護師、医療福祉相談室、退院・在宅医療支援室等にお伝えください。

よろしく願いいたします。

神奈川県立こども医療センター
プロジェクトチームメンバー署名

ID:

患者氏名:

様

病棟:

在宅人工呼吸療法 ケアシート

在宅療養までの流れ		登録(年 月 日)	在宅医療審査会(1回目) (年 月 日) 在宅人工呼吸療法の必要性・可能性の審議	在宅医療審査会 (2回目) (年 月 日)	在宅医療審査会(3回目) (年 月 日)	在宅医療審査会座長、主治医から病院管理者に報告し在宅人工呼吸療法の開始(院外泊前に管理者会議)	在宅療養	
在宅療養までの流れ	入院	在宅療養の可能性の説明	在宅療養にむけての準備期(評価)	院内外泊(予定日)	在宅療養移行期 (院内外泊後外出・主治医が外出許可し在宅検討委員会座長に報告)	外泊(予定日)	退院(予定日)	外来在宅療養
プロジェクトチームの活動	在宅人工呼吸療法を導入する子どもと家族のためのチームの結成: <主治医、プライマリーナース(複数名とした方が望ましい)、病棟看護科長、医療福祉相談室担当者、在宅医療審査会他>		プライマリーナースが中心となり、院内外泊前、医療者、家族で話し合い、在宅医療審査会(2回目)にチェックシートNo.1.3を提出。継続看護委員、看護科長がチームに進行状況の確認を行う。	合同カンファレンス前までに、プライマリーナースが中心となり(継続委員バックアップ)、チーム、家族と話し合う。	合同カンファレンス(可能であれば退院前1ヶ月以内で院外泊前に実施)(年 月 日) 外来看護師チームに参加(看護外来窓口に連絡)	主治医が在宅医療審査会(3回目)にチェックシートNo.1.2.3.4を提出		
医師	* 書類(様式1~4)を医師が電子カルテより出力 * 病状と在宅人工呼吸療法の説明	* 機材・物品の説明 * 緊急時の対処方法についての説明(緊急時の病院受診の方法や緊急の症状への対処方法など) * 救急蘇生法の説明 * デモ機でチェックを行う(届出が必要:経営企画課内線2268) * 機材の手配(レンタル等)について経営企画課(内線2268)に連絡 * 主治医以外の医師により在宅人工呼吸器について家族に説明を行う	* 在宅医療審査会(3回目)後、書類(様式1~4)を医事課に提出 * 地域医療機関への情報提供と連携調整 * 訪問看護指示書の提出 * 家族の意思確認					
看護師	* 在宅療養の可能性についての家族の理解・思い、状況の確認	* 家族の意思や思いの確認 * 指導計画(技術習得など)の立案 * 在宅療養で必要となるケアの説明(看護マニュアルの退院指導表の提示、緊急時の対処法、受診方法について書いたものを患者様用として作成し渡す) * 退院指導パンフレットの提供	* 院内外泊をふまえて家族と退院に向けての具体的な計画立案(外出計画、家庭での24時間ケアプランの作成、技術の確認) * 家族の意思確認 * 合同カンファレンスに向けての資料作成(マニュアル別紙を参考に作成する)。資料は外来診療録に綴じる。 * 家庭生活に合わせた技術習得を家族とともに再評価 * 必要物品購入方法(診療材料など)の説明 * 療育訪問(継続看護)指導連絡票の提出 * 退院前訪問(訪問記録を入院診療録と外来診療録に綴じ	* 院内外泊に対する思いへの対応 * 院内外泊に向けて家族とともに計画し準備する。	* 院内外泊後の家族の不安等への対応 * 課題の整理	* 地域関係機関との連絡調整、退院後支援の一覧表の作成 * 家族の意思確認 * 医療評価入院の計画 * 継続看護のため病棟との調整 * 合同カンファレンスの調整・開催 * 退院前訪問(退院前訪問指導料算定の確認) * 退院前訪問日を経営企画課に連絡	外来看護師 * 在宅療養が適切に行われているかのアセスメントとケア計画の立案 * 技術の再評価 * 必要時再指導	
医療福祉相談室	* 医療者と家族間の意思の確認 * 受け入れについての確認 * 在宅療養に向けてのリスクの把握	* 在宅に関する意思の確認 * 在宅福祉サービスの情報提供と支援 * 地域の支援体制の準備 * 地域関係者への支援依頼 * 家族への精神的支援の継続 * 医療機器の購入手続きの助言	* 地域関係機関との連絡調整、退院後支援の一覧表の作成 * 家族の意思確認 * 医療評価入院の計画 * 継続看護のため病棟との調整 * 合同カンファレンスの調整・開催 * 退院前訪問(退院前訪問指導料算定の確認) * 退院前訪問日を経営企画課に連絡				* 必要時退院後訪問の調整 * 在宅療養状況の確認 * 医療評価入院の相談 * 必要時関係機関との調整	
コメディカル	* 発達支援科、栄養管理科、生活支援課、医事経営課、養護学校など多職種の連携	* 必要に応じて車椅子、チャイルドシートの作成 * 移動時の車の確認	* 家庭でのポジショニングや体位変換の指導 * 体位保持用具の作成 * 経営企画課:呼吸器レンタル手続き					

在宅人工呼吸器 退院指導経過表

ID :

カナ :

氏名 :

入院日 :

指導項目	担当者	実施 予定日	実施日・ 実施期間	最終確認日 (サイン)
病状、在宅人工呼吸器管理の必要性の説明				
在宅人工呼吸器の使用方法の説明				
呼吸状態の観察についての説明とその方法				
呼吸状態など異常の早期発見の説明				
緊急時の対応についての指導				
気管内吸引の説明と実施（パンフレット使用）				
鼻口腔吸引の説明と実施				
カニューレ交換の実施				
Yガーゼの交換				
カニューレバンドの交換				
呼吸器の使用方法の説明と実施				
アンビューバックの使用方法の説明と実施				
パルスオキシメーターの使用方法の説明と実施				
吸引器の使用方法				
呼吸器回路の交換				
加温加湿器の使用方法（吸入器）				
使用機器の管理方法とトラブル時の対処				
在宅酸素の管理方法（酸素ボンベなどの使用方法）				
自宅の環境設定についての調整				
支援体制の確立にむけての調整				
日常生活ケア <ul style="list-style-type: none"> ・清潔（入浴方法、排泄方法、おむつ交換など） ・注入（ ） ・排泄（排便のコントロールなど） ・姿勢・体位（腹臥位器を使用するのケア） ・移動方法 ・活動時間や睡眠時間など1日のサイクル ・学校、地域などとの関わり方 ・予防注射 その他				

ID :

患者氏名 :

様

在宅人工呼吸器療法 ケアチェックシート No. 1

具体的には【看護ケアマニュアル】の1. 入院から在宅療養への意思の確認、2. 退院準備期から院内外泊までを参考とする。*□で囲んだ職種がチェックの責任者

TPPVにむけてのプロジェクトチームの結成

日付・サイン

医師 / () 看護師 / () 相談室 / () プロジェクトチームのメンバーは明確にされている

病状説明とTPPVの理解、受けとめ

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	病状説明がされている
/ ()	/ ()	/ ()	TPPVの必要性が説明されている
/ ()	/ ()	/ ()	その内容は理解できている
/ ()	/ ()	/ ()	どのように状況を受けてとめているか確認できている

TPPVのメリットとデメリットの理解、受け止め

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	TPPVを行うことのメリットとデメリットが説明されている
/ ()	/ ()	/ ()	その内容は理解できている
/ ()	/ ()	/ ()	どのように受けてとめているか確認できている

家族/本人の意思

医師 / () 看護師 / () 相談室 / () TPPVに対する意思は確認されている

子どもの日常生活のケア

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	子どもの日常生活ケア(医療的ケアを含む)の必要性は理解できている
/ ()	/ ()	/ ()	家族内で子どものケアを行う役割分担はできている

TPPVに関わる技術習得

医師 / () 看護師 / () 相談室 / () 退院指導経過表(別紙1)に沿って技術指導ができている

居住・地域環境

医師 / () 看護師 / () 相談室 / () TPPVのための居住・地域環境を整えることは可能である

支援体制

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	在宅人工呼吸器療法の支援体制を整えることは可能である
/ ()	/ ()	/ ()	TPPVに向けての社会資源のニーズを把握できている
/ ()	/ ()	/ ()	在宅福祉サービスの情報は提供されている

物品の準備

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	呼吸器のレンタル契約は行われている
/ ()	/ ()	/ ()	バギー、車椅子、チャイルドシートの準備を行っている

ID :

患者氏名 :

様

在宅人工呼吸療法 ケアチェックシート No. 2

具体的には【看護ケアマニュアル】の3. 在宅移行期から退院までを参考にする

家族と患者の退院に向けての意思の確認

日付・サイン

医師	看護師	相談室	
／ ()	／ ()	／ ()	医療機器を使用している在宅療養の意思は確認されている

院内外泊後、TPPVの技術の再評価

医師	看護師	相談室	
／ ()	／ ()	／ ()	院内外泊後の技術評価を行い課題が明確になっている
／ ()	／ ()	／ ()	退院指導経過表に沿って技術の再評価ができています
／ ()	／ ()	／ ()	家庭生活に合わせた日常生活ケアの技術習得ができています
／ ()	／ ()	／ ()	家庭でのポジショニングや体位変換の技術は習得している

在宅療養に向けての具体的な計画立案

医師	看護師	相談室	
／ ()	／ ()	／ ()	家庭での24時間ケアプランは作成されている (別紙2)
／ ()	／ ()	／ ()	家庭での必要物品 (診療材料など) リストは作成されている

社会資源の活用

医師	看護師	相談室	
／ ()	／ ()	／ ()	社会資源の活用のための書類は準備できている 書類リスト：□訪問看護指示書、□身体障害者手帳、 □療育手帳(愛の手帳) □特別児童扶養手当、 □横浜市訓練介助器具助成制度
／ ()	／ ()	／ ()	地域関係機関 (訪問看護ST、福祉事務所、児相、学校など) との 連絡調整はできている

支援体制

医師	看護師	相談室	
／ ()	／ ()	／ ()	退院前訪問の日程などの調整はされている
／ ()	／ ()	／ ()	緊急時の医療体制は確立している
／ ()	／ ()	／ ()	医療評価入院の情報提供はできている
／ ()	／ ()	／ ()	車椅子、チャイルドシートなど移動に必要な物品は準備されている
／ ()	／ ()	／ ()	院内コメディカルが退院後どのように関わっていくのか明確に されている

合同カンファレンス

医師	看護師	相談室	
／ ()	／ ()	／ ()	合同カンファレンスの日程、参加者の調整はされている

最終確認日： 年 月 日 主治医サイン：

年 月 日：在宅医療審査会サイン：

ID : _____
患者氏名 : _____ 様

在宅人工呼吸療法ケアチェックシート No. 3

ご家族用

TPPVにむけてのプロジェクトチームの結成

日付・サイン

／ () プロジェクトチームのメンバーは紹介されている

病状説明とTPPVの方針の理解、受けとめ

- ／ () 病状説明をうけた
- ／ () TPPVの必要性が説明された
- ／ () その内容は理解できた

TPPVのメリットとデメリットの理解、受け止め

- ／ () TPPVを行うことのメリットとデメリットが説明された
- ／ () その内容は理解できた

家族／本人の意思

／ () TPPVに対する意思を伝えられた

子どもの日常生活のケア

- ／ () 子どもの日常生活ケア(医療的ケアを含む)の必要性は理解できた
- ／ () 家族内で子どものケアを行う役割分担はできた

TPPVに関わる技術習得

／ () 退院指導経過表(別紙1)に沿って技術指導ができた

居住・地域環境

／ () TPPVのための居住・地域環境を整えることは可能である

支援体制

- ／ () TPPVの支援体制を整えることは可能である
- ／ () TPPVに向けての社会資源の情報を把握できた
- ／ () 在宅福祉サービスの情報は提供された

物品の準備

- ／ () 呼吸器について業者からの説明を受けた
- ／ () バギー、車椅子、チャイルドシートの準備を行った

最終確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治医サイン： _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日：在宅医療審査会サイン： _____

ID :

患者氏名 :

様

在宅人工呼吸療法 ケアチェックシート No. 4

ご家族用

家族と患者の退院に向けての意思の確認

日付・サイン

／ () 医療機器を使用するの在宅療養の意思は確認された

院内外泊後、TPPVの技術の再評価

- ／ () 院内外泊後の技術評価を行い課題が明確になった
- ／ () 退院指導経過表に沿って技術の再評価ができた
- ／ () 家庭生活に合わせた日常生活ケアの技術習得ができた
- ／ () 家庭でのポジショニングや体位変換の技術は習得できた

在宅療養に向けての具体的な計画立案

- ／ () 家庭での24時間ケアプランは作成できた (別紙2)
- ／ () 家庭での必要物品 (診療材料など) リストは作成された

社会資源の活用

- ／ () 社会資源の活用のための書類は準備できた
書類リスト：□訪問看護指示書、□身体障害者手帳、
□療育手帳(愛の手帳) □特別児童扶養手当、
□横浜市訓練介助器具助成制度
- ／ () 地域関係機関 (訪問看護ST、福祉事務所、児相、学校など) との連絡調整ができたことを確認した

支援体制

- ／ () 退院前訪問の日程などの調整できた
- ／ () 緊急時の医療体制は確認できた
- ／ () 医療評価入院の情報提供はされた
- ／ () 車椅子、チャイルドシートなど移動に必要な物品は準備できた
- ／ () 院内のさまざまな職種が退院後どのように関わっていくのか明確にされた

最終確認日： 年 月 日 主治医サイン： _____

年 月 日：在宅医療審査会サイン： _____

ID:

在宅医療審査会

患者氏名:

様

病棟:

非侵襲的陽圧換気療法(NPPV) ケアシート

登録(年 月 日)
 在宅医療審査会(1回目)
 在宅でNPPV導入の必要性・可能性の
 審議(チェックシートNo.1~2を提出)
外来
入院中

在宅審査会で審議
 (2回目)
 (年 月 日)
 (チェックシートNo.1~2
 を提出)
 審査会で承認後、在宅
 医療審査会座長が病
 院管理者に報告し外
 泊、退院。在宅でNPPV
 の開始

在宅療養
までの流れ

NPPVによる在宅療養の可能性
を家族に説明

NPPVによる在宅療養の評価

外泊
(予定日)

退院
(予定日)

外来
在宅療養

プロジェクト
チームの活
動

在宅でNPPVを導入する子どもと家族のための
 チームの結成:
 <主治医、プライマリナース(複数名とした方が望ましい)、外来
 継続看護委員、看護科長、医療福祉相談室担当者、在宅医療審査
 会他>

プライマリナース、外来の場合は継
 続委員が中心となり、医療者、家族で
 話し合う。継続委員、看護科長がチ
 ムに進行状況の確認を行う。

外泊前、または(外泊前に合同カンファレンス
 がある場合は)合同カンファレンス前までに、プ
 ライマリナースが中心となり、チームでの話し
 合い、家族との話し合いを行い、チェックシート
 No.1~2の確認。
 地域との合同カンファレンスの実施

主治医が最終的にチェックシート
 No.1.2を確認し署名を行い、
 在宅医療審査会座長に書類(様式1
 ~4)とともに提出

<p>医師</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 書類(様式1~4)を医師が電子カルテより出力 * 病状とNPPVによる在宅療養についての説明 * プロジェクトチームの医師(主治医以外)より在宅でNPPVを導入することについて家族に説明を行う(呼吸管理の適応など) 	<ul style="list-style-type: none"> * 機材・物品の説明 * 緊急時の対処方法についての説明(緊急時の病院受診の方法や緊急の症状への対処方法など) * 救急蘇生法の説明 * デモ機でチェックする(届出:経営企画課内線2268) * 登録後機材の手配(レンタル等)について経営企画課(内線2268)に連絡 	<ul style="list-style-type: none"> * 在宅医療審査会座長へ書類(様式1~4)とチェックシートNo.1~2の提出と報告 * 地域医療機関への情報提供と連携調整 * 訪問看護指示書の提出 * 家族の意思確認 		
<p>看護師</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 在宅療養の可能性に向けての家族の理解・思い、状況の確認 * 医療機器を持って在宅療養することの家族の意思の確認 * 指導計画(技術習得など)の立案 * 在宅療養で必要となるケアの説明(看護マニュアルの退院指導表の提示、緊急時の対処法、受診方法について書いたものを患者様用として作成し渡す) * 退院時ケアマニュアル(パンフレット)の提供 		<ul style="list-style-type: none"> * 技術の評価・確認 * 必要に応じて院内外泊の計画 * 外泊に向けて家族とともに計画し準備する。 	<ul style="list-style-type: none"> * 家族と退院に向けての具体的な計画立案(家庭での24時間ケアプランの作成、技術の確認) * 家族の意思確認 * 合同カンファレンスに向けての資料作成(マニュアル別紙を参考に作成する)。資料は外来診療録に綴じる。 * 家庭生活に合わせた技術習得を家族とともに再評価 * 必要物品購入方法(診療材料など)の説明 * 療育訪問(継続看護)指導連絡票の提出 * 必要時退院前訪問(訪問記録は入院診療録と外来診療録に綴) 	<p>外来看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> * 在宅療養が適切に行われているかのアセスメントとケア計画の立案 * 技術の再評価 * 必要時再指導
<p>医療福祉 相談室</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 医療者と家族間の意思の確認 * 在宅療養に向けてのリスクの把握 * 在宅に関する意思の確認 * 在宅福祉サービスの情報提供と支援 * 地域の支援体制の準備 * 地域関係者への支援依頼 * 家族への精神的支援の継続 * 医療機器の購入手続きの助言 	<ul style="list-style-type: none"> * 受け入れについての確認 	<ul style="list-style-type: none"> * 外泊後の家族の不安等への対応 * 課題の整理 	<ul style="list-style-type: none"> * 地域関係機関との連絡調整・エコマップの作成 * 家族の意思確認 * 医療評価入院の計画 * 継続看護のため病棟との調整 * 合同カンファレンスの調整・開催 * 退院前訪問(退院前訪問指導料算定の確認) * 必要に応じて退院前訪問日を経営企画課に連絡 	<ul style="list-style-type: none"> * 必要時退院後訪問の調整 * 在宅療養状況の確認 * 医療評価入院の相談 * 必要時関係機関との調整
<p>コメディカル</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 発達支援科、栄養管理科、生活支援課、経営企画課、養護学校など多職種の連携 	<ul style="list-style-type: none"> * 必要に応じて車椅子、チャイルドシートの作成 * 移動時の車の確認 		<ul style="list-style-type: none"> * 家庭でのポジショニングや体位変換の指導 * 体位保持用具の作成 * 経営企画課:呼吸器レンタル手続き 	

NPPV 退院指導経過表

ID	:
カナ	:
氏名	:
入院日	:

指導項目	担当者	実施 予定日	実施日・ 実施期間	最終確認日 (サイン)
病状、NPPV管理の必要性の説明				
NPPVの使用方法の説明				
呼吸状態の観察についての説明				
呼吸状態など異常の早期発見の説明				
緊急時の対応についての指導				
鼻口腔吸引の説明と実施				
呼吸器の使用方法の説明と実施				
アンビューバックの使用方法の説明と実施				
パルスオキシメーターの使用方法の説明と実施				
吸引器の使用方法				
呼吸器回路の交換				
加温加湿器の使用方法 (吸入器)				
使用機器の管理方法とトラブル時の対処				
在宅酸素の管理方法 (酸素ボンベなどの使用方法)				
自宅の環境設定についての調整				
支援体制の確立にむけての調整				
日常生活ケア <ul style="list-style-type: none"> ・清潔 (入浴方法、排せ方法、おむつ交換など) ・注入 () ・排せ (排便のコントロールなど) ・姿勢・体位 (腹臥位器を使用してのケア) ・移動方法 ・活動時間や睡眠時間など1日のサイクル ・学校、地域などとの関わり方 ・予防注射 その他				

NPPVケアチェックシート No. 1

具体的には[看護ケアマニュアル]を参考とする。 * で囲んだ職種がチェックの責任者

NPPVにむけてのプロジェクトチームの結成

日付・サイン

医師 / () / 看護師 / () / 相談室 / () プロジェクトチームのメンバーは明確にされている

病状説明とNPPVの方針の理解、受けとめ

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	() 病状説明がされている
/ ()	/ ()	/ ()	() NPPVの必要性が説明されている
/ ()	/ ()	/ ()	() その内容は理解できている
/ ()	/ ()	/ ()	() どのように状況を受けてとめているか確認できている

NPPVのメリットとデメリットの理解、受け止め

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	() NPPVを行うことのメリットとデメリットが説明されている
/ ()	/ ()	/ ()	() その内容は理解できている
/ ()	/ ()	/ ()	() どのように受けてとめているか確認できている

家族/本人の意思

医師 / () / 看護師 / () / 相談室 / () 医療機器を使用しての在宅療養の意思は確認されている

子どもの日常生活のケア

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	() 家族内で子どものケアを行う役割分担はできている
/ ()	/ ()	/ ()	() 家庭での24時間ケアプランは作成されている (別紙2)
/ ()	/ ()	/ ()	() 家庭での必要物品 (診療材料など) リストは作成されている

NPPVに関わる技術習得

医師 / () / 看護師 / () / 相談室 / () 退院指導経過表 (別紙1) に沿って技術指導、技術の再評価ができています

支援体制

医師	看護師	相談室	
/ ()	/ ()	/ ()	NPPV導入のための居住・地域環境を整えることができている
/ ()	/ ()	/ ()	地域関連機関との連絡調整、合同カンファレンスの日程調整はできている
/ ()	/ ()	/ ()	緊急時の医療体制は確立している
/ ()	/ ()	/ ()	在宅福祉サービスの情報は提供されている
/ ()	/ ()	/ ()	社会資源活用のための書類は準備できている
/ ()	/ ()	/ ()	医療評価入院の情報提供はできている

物品の準備

医師 / () / 看護師 / () / 相談室 / () 呼吸器のレンタル契約は行われている

医師 / () / 看護師 / () / 相談室 / () 必要に応じバギー、車椅子、チャイルドシートの準備を行なっている

最終確認日： 年 月 日 主治医サイン： _____

年 月 日：在宅医療審査会サイン： _____

ID :

患者氏名 :

様

NPPV ケアチェックシート No. 2

ご家族用

NPPVにむけてのプロジェクトチームの結成

日付・サイン

／ () プロジェクトチームのメンバーは紹介された

病状説明とNPPVの方針の理解、受けとめ

- ／ () 病状説明をうけた
- ／ () NPPVの必要性が説明された
- ／ () その内容は理解できた

NPPVのメリットとデメリットの理解、受け止め

- ／ () NPPVを行うことのメリットとデメリットが説明された
- ／ () その内容は理解できた

家族／本人の意思

／ () 医療機器を使用しての在宅療養の意思を伝えた

子どもの日常生活のケア

- ／ () 家族内で子どものケアを行う役割分担はできた
- ／ () 家庭での24時間ケアプラン（別紙2）を作成できた
- ／ () 家庭での必要物品（診療材料など）のリストを作成した

NPPVに関わる技術習得

／ () 退院指導経過表（別紙1）に沿って技術指導を受けた

支援体制

- ／ () NPPV導入のための居住・地域環境を整えることができた
- ／ () 退院後の地域関連機関の確認、合同カンファレンスの開催の確認はできた
- ／ () 緊急時の医療体制を確認できた
- ／ () 在宅福祉サービスの情報は提供された
- ／ () 医療評価入院の情報提供を受けた

物品の準備

- ／ () NPPVについて、業者同席のもと医療者から説明を受けた
- ／ () 必要に応じてバギー、車椅子、チャイルドシートの準備を行った

最終確認日： 年 月 日 主治医サイン： _____

年 月 日：在宅医療審査会サイン： _____

日課・週間表

おうちでの一日・一週間の生活を考えてみましょう。

曜日 時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
0時							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

8. 退院前訪問運用基準

- 1 目的：医療機器を装着して退院する患者が、安全に安心して地域で療養できるように、退院に先立って患者の自宅等を訪問し、患者の病状や介護力等を考慮しつつ医療機器の設置場所や療養環境を確認することにより、退院後に必要と考えられるケアや退院計画に反映させる。
- 2 対象患者：医療機器を導入して退院をめざしている患者
- 3 訪問時期：院外外泊を終えた、もしくは近日中に院外外泊を予定している時期
- 4 訪問者：在宅医療プロジェクトチームのメンバー数人（主治医、病棟看護師、医療福祉相談室担当者、必要時理学療法士、退院・在宅医療支援室看護師）
- 5 服 務：出 張
- 6 診療報酬：退院前訪問指導料が算定できる。
但し、15歳以下：小児入院医療管理料算定病棟は算定できない
15歳以上：入院病棟に関係なく算定できる
- 7 訪問記録：訪問者は「訪問記録記載基準」により、別紙「訪問記録」に記載する。
*退院前に限らず、また医師あるいは看護師のみが訪問した場合も記録は「訪問記録」用紙を使用し、訪問したスタッフが病棟看護科長に届ける。病棟看護科長は確認した後、病棟クレークに整理を依頼する
- 8 訪問までの流れ
 - ① 主治医、病棟看護師、医療福祉相談室担当者（以下、相談室と称す）は、院内外泊が終了した頃から、院内外泊および退院前訪問の日時を計画する
 - ② 主治医は、退院前訪問の日時が決定後、退院前訪問の指示を出す
 - ③ 訪問するスタッフ同士で訪問前にカンファレンスを行い、在宅療養で予想される課題について確認、共有する
 - ④ 訪問時および訪問終了後、「訪問記録」の項目にそって課題、対策などについて協議し、医療福祉相談室が訪問翌日（翌日が休日の場合は休日明け）までに記載する。
 - ⑤ 医療福祉相談室は全員がサインしたことを確認し、「訪問記録」の原本を病棟クレークに手渡しする
 - ⑥ 病棟クレークは、医療福祉相談室スタッフより受け取った訪問記録を電子カルテに取り込むため、スキャン依頼する

退院前訪問のご案内

退院後も医療機器を使用する患者さんが、安全に安心して地域で療養できるように、退院に先立って患者さんのご自宅等を訪問し、医療機器の設置場所や療養環境の確認を患者さん・ご家族とともにさせていただきます。

次のような方に退院前訪問を行っています

- ・医療機器を導入して退院をめざしている方

訪問させて頂く時期

- ・院外外泊を終えた、もしくは近日中に院外外泊を予定している時期

訪問させていただくスタッフ

在宅医療プロジェクトチームのメンバー3名程度〔主治医、病棟看護師、相談室担当者、(必要時理学療法士、退院・在宅医療支援室看護師)〕

訪問時の確認内容

- ・普段の家電の使用状況を見て、医療機器と併用して使用可能か確認します
- ・玄関などの出入り口の通過に際し、安全に移動可能かを確認します
- ・出入り口から室内の動線の安全を確認します
- ・医療機器を使用しながらの浴室使用が可能か確認します
- ・停電、災害時、火気などを視野にいれて医療機器の設置場所を確認します
- ・収納スペース、必要物品が直ちに使用できるかを確認します
- ・車から自宅までの移動上の障害の有無を確認します など

ご利用料金について

訪問にかかる交通費(タクシー利用の場合あり。また公用車利用の場合は「県立診療所及び県立病院における特別に経費を要する診療等の額について」に基づき病院が設定した訪問ルートにより算定した金額)については患者さん負担となります。

非課税世帯の方については、医事課にお問い合わせください。

お問い合わせ

詳しい説明やご質問は保健福祉相談室担当者にお問い合わせ下さい。

神奈川県立こども医療センター 医療福祉相談室 TEL 045-711-2351 (内線3136)

退院前訪問同意書

平成 年 月 日

神奈川県立こども医療センター総長 殿

在宅で医療機器を使用するため、療養環境等の確認を目的とした退院前訪問について、充分説明を受け理解しましたので、退院前訪問を受けることに同意致します。

なお、退院前訪問に係る交通費は、申込者あるいは保護者が負担します。

申込者 住所：

氏名：

電話番号：

生年月日： 年 月 日生（ 歳）

保護者 住所：

氏名：

電話番号：

交通費については「県立診療所及び県立病院における特別に経費を要する診療等の額について」に基づき病院が設定した訪問ルートにより算定した金額を支払います。

*交通費の支払いについては、後日送付される請求書に基づいてお支払いください。

【訪問年月日】 平成 年 月 日

【訪問者】

科医師 :

病棟看護師 :

医療福祉相談室 :

《 訪問記録 記載基準 》

- 1 医療福祉相談室担当者が中心になって、訪問翌日(翌日が休日のときは休日明け)までにすべての箇所に記載する
- 2 確認事項の1から3は、訪問先で□にレでチェック、課題・対策は協議した内容を記載する
- 3 訪問者は「訪問記録」の内容を確認し、訪問者全員がサインする
- 4 病棟看護科長は訪問記録の内容を確認しサインする
- 5 訪問時の確認事項
 - 1) 自宅内の環境
 - ① 電源・居宅のアンペア
 - ・普段の家電の使用状況のみて、医療機器と併用して使用可能か確認する
 - ② 出入り口
 - ・玄関などの出入り口の通過に際し、安全に移動可能か確認する
 - ③ 移動上の障害
 - ・出入り口から室内の動線の安全を確認する
 - ④ 浴室
 - ・浴室の使い勝手、広さ、段差、脱衣スペースを確認する
 - ・医療機器の回路が浴室まで届くか確認する
 - ⑤ 家族の視野に本人が入るか
 - ・退院後の生活状況を家族に確認し、家族の目線で本人が視野に入るか確認する
 - ⑥ 医療機器設置場所
 - ・停電、災害時、火気や風の通りなども視野にいれて設置場所を確認する
 - ⑦ 物品の収納
 - ・収納スペース、必要物品が直ぐに使用できるか、清潔に保管されているか確認する
 - 2) 自宅周辺の環境
 - ① 駐車場から自宅まで
 - ・車から自宅までの移動上の障害の有無を確認する
 - ・雨天時の対応について確認する
 - ・救急搬送時の救急車の駐車場所を確認する
 - ② 親族や近隣の協力
 - ・キーパーソンは誰か、医療ケアの内容により支援内容を整理し、どの部分で協力得られるか確認する
 - ③ 自宅からスーパー、薬局、開業医までの距離
 - ・位置関係を確認する
 - ④ 自宅周辺の環境・採光・騒音
 - ⑤ 自宅から病院まで
 - ・自宅から病院までの通院経路を確認する
 - 3) その他
 - ・項目以外で気がついたことがあれば記載する

訪問記録

ID番号

記載日 平成 年 月 日

患者氏名	生年月日	年 月 日	診療科：()	病棟 ()
訪問日	年 月 日		訪問先 (自宅 其他：)	
出発時間 (:)			到着時間 (:)	

訪問時の確認事項

1 自宅内の環境

- ①電源 電流 [] : 課題なし 課題あり
- ②出入り口の状況 : 課題なし 課題あり
- ③移動上の障害はないか (出入り口からベッドまでの動線など) : 課題なし 課題あり
- ④浴室 : 課題なし 課題あり
- ⑤家族の視野に本人が入るか (ベッドの位置・リビング・台所・物干し場など) : 課題なし 課題あり
- ⑥医療機器配置場所 : 課題なし 課題あり
- ⑦機材・物品の収納スペース : 課題なし 課題あり

2 自宅周辺の環境

- ①駐車場の位置 : 課題なし 課題あり
- 緊急車両の駐車位置 : 課題なし 課題あり
- 移動上の障害 (車→室内へ) : 課題なし 課題あり
- ②自宅からスーパー・薬局・開業医までの距離 : 課題なし 課題あり
- ③自宅周辺の環境・採光 : 課題なし 課題あり
- ④自宅から病院まで : 課題なし 課題あり

3 その他

～課題・対策～

訪問者サイン：医師

病棟看護師

相談室

9. 退院後訪問看護運用基準

- 1 目的：医療ケアを必要としながら退院した患者が、安全に安心して地域で療養できるように、患者の自宅等を訪問し、患者の病状や介護力等を考慮しつつ、退院後の医療ケア方法を見直して、修正を行う。
また、地域の訪問看護師と共に患者の自宅を訪問し医療ケア方法の修正を行うことで効率的な在宅への移行を行う。
- 2 対象患者：在宅医療ケアを必要とする退院患者（初めて人工呼吸器療法を導入した患者は必須）
- 3 訪問時期：退院後1ヶ月以内に行う。患者の状況に応じて医療者、患者・家族と調整し決定する。
- 4 訪問者：退院・在宅医療支援看護師（状況により外来、退院病棟の看護師）
*原則、地域の訪問看護師と共に訪問する。
- 5 服 務：出 張
- 6 診療報酬：在宅患者訪問看護・指導料が算定できる。
週3日目まで 555点
週4日目以降 655点
厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する患者について90分を超えた場合は週1回に限り、520点を加算
同時に複数の看護師の訪問看護・指導が必要な場合は週1日に限り、430点を加算
3歳未満の乳幼児または3歳以上6歳未満の幼児については乳幼児加算または幼児加算として1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算
悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師 1285点
- 7 訪問記録：
医師は指示内容の要点を診療録に記載する。退院・在宅医療支援室看護師は訪問看護記録用紙に患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態と指導および看護の内容の要点を記録する。
- 8 訪問までの流れ
 - ①人工呼吸器療法導入患者については、患者・家族に導入計画を説明する際、主治医より退院後訪問看護について説明し、同意書兼申込書に署名を得る。その他の医療ケアを必要とする患者については、主治医、病棟看護師、医療福祉相談室、退院・在宅医療支援室看護師で退院後訪問看護が必要性を検討し、必要時は主治医より退院後訪問看護について説明し、同意書兼申込書に署名を得る。
 - ②退院・在宅医療支援室看護師は患者・家族と退院後訪問看護の日程を調整する。訪問看護計画書に訪問看護・指導が必要な理由を記載する。
 - ③主治医、病棟看護師、医療福祉相談室、退院・在宅医療支援室看護師で訪問前にカンファレンスを行い、在宅療養で予想される課題について確認し、共有する。
 - ④主治医は、退院後訪問看護における指示内容を訪問看護指示書に記載する。
 - ⑤訪問後、退院・在宅医療支援室看護師は訪問看護記録を記載する。
 - ⑥訪問後、退院・在宅医療支援室看護師は医事課に訪問日程、滞在時間を伝え、出張伝票を総務課に提出する。（総務から医事課に伝達。患者に交通費を請求）
訪問看護の状況は、在宅医療審査会（指示を出した医師へ）で報告する。

訪問看護同意書兼申込書

平成 年 月 日

神奈川県立こども医療センター 総長 殿

退院後の生活における医学的医療ケアの課題整理、修正のための訪問看護について、充分説明を受け理解しましたので、訪問看護を受けることに同意し申し込みを致します。

なお、訪問看護に係る交通費は、申込者あるいは保護者が負担します。

申込者 住所：

氏名：

電話番号：

生年月日： 年 月 日生（ 歳）

保護者 住所：

氏名：

電話番号：

交通費については「県立診療所及び県立病院における特別に経費を要する診療等の額について」に基づき病院が設定した訪問ルートにより算定した金額を支払います。

交通額	1回の訪問につき 約	円
-----	------------	---

*訪問看護指導料及び訪問看護交通費のお支払いは、病院の会計窓口等でお願ひします。

【訪問年月日】 年 月 日

【訪問者】 所属：氏名（ : ）
 （ : ）
 （ : ）
 （ : ）

10. 在宅医療評価入院運用基準

I 目的

- 1 在宅人工呼吸器装着など医療依存度の高い患者の退院後の医療評価および人工呼吸器の機種変更や設定条件の変更などに伴う医療評価
- 2 医療依存度が高く医療的ケア（在宅人工呼吸療法、吸引、経管栄養など）を在宅で継続して行っている患者家族の在宅支援

II 入院方法

1 医療評価

1) 対象

在宅人工呼吸療法、気管切開（吸引が頻回）、夜間の経管栄養など、在宅で医療ケアを行っており、人工呼吸器の機種・設定条件変更、呼吸評価等の在宅で行われている医療ケア等の評価・変更を行う患者

2) 適応

入院の適応については、在宅での医療ケアの状況、今後の治療計画等を医師と確認し決定する。

3) 利用方法

- (1) 在宅医療の評価・変更を行うため、平日の入院（ただし医療ケアの評価入院は週末）を基本とする
- (2) 平日の入院になるため、医師は地域医療連携室と事前に調整し入院病棟や入院時期の調整を行う。

2 在宅支援

1) 対象

- (1) 在宅人工呼吸療法、気管切開（吸引が頻回）、夜間の経管栄養など、医療依存度が高いため、家族の介護負担が大きく、医療者が在宅支援の必要性を認めた患者
- (2) 低年齢や重心の申込期日を過ぎてから在宅支援のための入院が必要となった患者

2) 適応

入院の適応については、医師、医療福祉相談室、退院在宅医療支援室、地域医療連携室等で、医療、社会的、家庭環境、家族構成、家族状況、経済的な面を総合的に評価し決定する。

3) 利用方法

- (1) 入院期間：入院日は原則、病床に余裕のある週末とし、入院期間は4日程度（金曜日午後～月曜日午前）とする。
- (2) 相談窓口：「在宅支援」目的の入院相談窓口は医療福祉相談室、退院在宅医療支援室とする。
- (3) ケースの入院調整

- ① 医療者が在宅支援の必要があると認めた場合は、家族を保健福祉相談室（7番窓口）に案内する。
- ② 家族は「在宅医療評価入院」について説明書をもとに説明を聞いたあと、申込書、情報連絡票を提出する。
- ③ 早急な家族支援が必要なケースは医療福祉相談室（MSW）で一旦、把握する。④ 地域医療連携室はベッドの空き状況をみながら、主治医、医療福祉相談室（MSW）、退院在宅医療支援室（看護師）等と相談し、適応等から受け入れの是非、入院期間や入院日時を調整する。
- ⑤ 地域医療連携室は入院希望週の火曜日までに、保健福祉相談室（7番窓口）に入院受け入れ可否の一覧表を届ける。
- ⑥ 家族は希望週の火曜日以降に保健福祉相談室（7番窓口）に電話で入院の可否について確認する。

2010年3月作成

2012年3月12日改定

2013年4月1日改定 在宅医療審査会

1 1. 看護概要連携システム運用基準

1. 目的

在宅医療ケアを必要とする患者について、看護概要を活用して訪問看護師との看護の継続を効率的に行う。

2. 内容

医療依存度の高い在宅医療ケアを必要とする患者について、退院後、入院看護概要を訪問看護ステーション宛に退院・在宅医療支援室が送付する。また退院後も退院・在宅医療支援室が訪問看護師からの問い合わせ窓口となり、病棟看護師と訪問看護師との橋渡しを行う。

3. 対象

- 1) 退院後、初めて在宅医療を必要とする患者
- 2) 在宅医療を行い入退院を繰り返している患者
- 3) 今回の入院で医療ケアが変更された患者

4. 方法

(訪問看護ステーションから訪問看護概要が送付されてきた場合)

- 1) 退院・在宅医療支援室が訪問看護師からの訪問看護概要を受領。
- 2) 退院・在宅医療支援室看護師は複写を2枚取り、原本はスキャンセンターに回す。
- 3) **複写の1枚を病棟看護師に渡し、退院時には破棄することを依頼する。**もう1枚を退院在宅医療支援室で保管する。
- 4) 退院・在宅医療支援室看護師は、「**家族宛説明書、同意書**・・・資料1、2」を**家族へ手渡し説明する。直接手渡し出来ない場合は、病棟看護師に入院看護概要送付に関する「家族宛説明書、同意書**・・・資料1、2」の**家族への手渡しを依頼する。**
- 5) 病棟看護師は家族から同意書を受け取って、クラークに退院・在宅医療支援室に届けるように依頼する。
- 6) 退院・在宅医療支援室は家族の同意書を保管する。
- 7) 患者退院後、退院・在宅医療支援室は病棟看護科長に了承を得て、訪問看護ステーション宛に「送付文書・・・資料3」と共に入院看護概要を送付する。

(退院に際し入院看護概要の送付が必要な場合)

- 1) 退院前にチームで訪問看護師への入院看護概要の送付を検討する。
- 2) 入院看護概要の送付が必要と判断した場合、退院・在宅医療支援室看護師は、「**家族宛説明書、同意書**・・・資料1、2」を**家族へ手渡し説明する。直接手渡し出来ない場合は、病棟看護師に入院看護概要送付に関する「家族宛説明書、同意書**・・・資料1」の**家族への手渡しを依頼する。**
- 3) 病棟看護師は家族から同意書を受け取って、クラークに退院・在宅医療支援室に届けるように依頼する。
- 4) 退院・在宅医療支援室は家族の同意書を保管する。
- 5) 患者退院後、退院・在宅医療支援室は病棟看護科長に了承を得て、訪問看護ステーション宛に「送付文書・・・資料2」と共に入院看護概要を送付する。

2013年8月14日

退院在宅医療支援室

【訪問看護ステーションへの入院中の看護概要送付について】

お子様が入院を必要とされ、ご心配のことと存じます。

当センターでは、お子様が退院されたあとの看護の継続を目的に、ご利用の訪問看護ステーションに向けて、入院中の看護概要を送らせて頂いております。

_____様の退院後につきましては、
ご利用されている_____訪問看護ステーション宛に入院中の看護概要を送らせて頂きたいと思っております。

看護概要の送付に同意頂ける場合には、別紙、同意書にご署名頂き、病棟看護師にお渡し下さいますようお願い致します。

平成 年 月 日

退院在宅医療支援室

【訪問看護ステーションへの看護概要送付についての同意書】

神奈川県立こども医療センター総長宛

入院中の看護の継続を目的とした訪問看護ステーションへの看護概要送付
について目的を確認し、これに同意します。

平成 年 月 日

診察券番号： _____

患者氏名： _____

保護者氏名： _____

12. 在宅医療における地域医療支援(講師派遣等)

1) 就学・復学支援

看護師による学校訪問(復学支援)を行う際の基準

原則は、家族が復学先の学校（以下、地元校とする）へ病気の概要（伝える内容は要検討）や配慮事項等を伝える。（家族が地元校に子どもの情報を伝える際、個別の資料が必要な場合は本人、家族、主治医、看護師で検討し作成する）

そのためプライマリー看護師は、【看護継続委員会退院時ケアマニュアル】にある復学のケアマニュアルに添って復学のケアを進め、基準となる復学パンフレットから個別のパンフレットを本人・家族と作成し、内容は主治医の確認を得る。そのパンフレットを使用し、家族は必要事項を地元校へ説明し、必要な配慮や支援を得る。（退院時ケアマニュアル、基準となる復学パンフレットは、現在のところ小児がんの子どものケアに活用している）

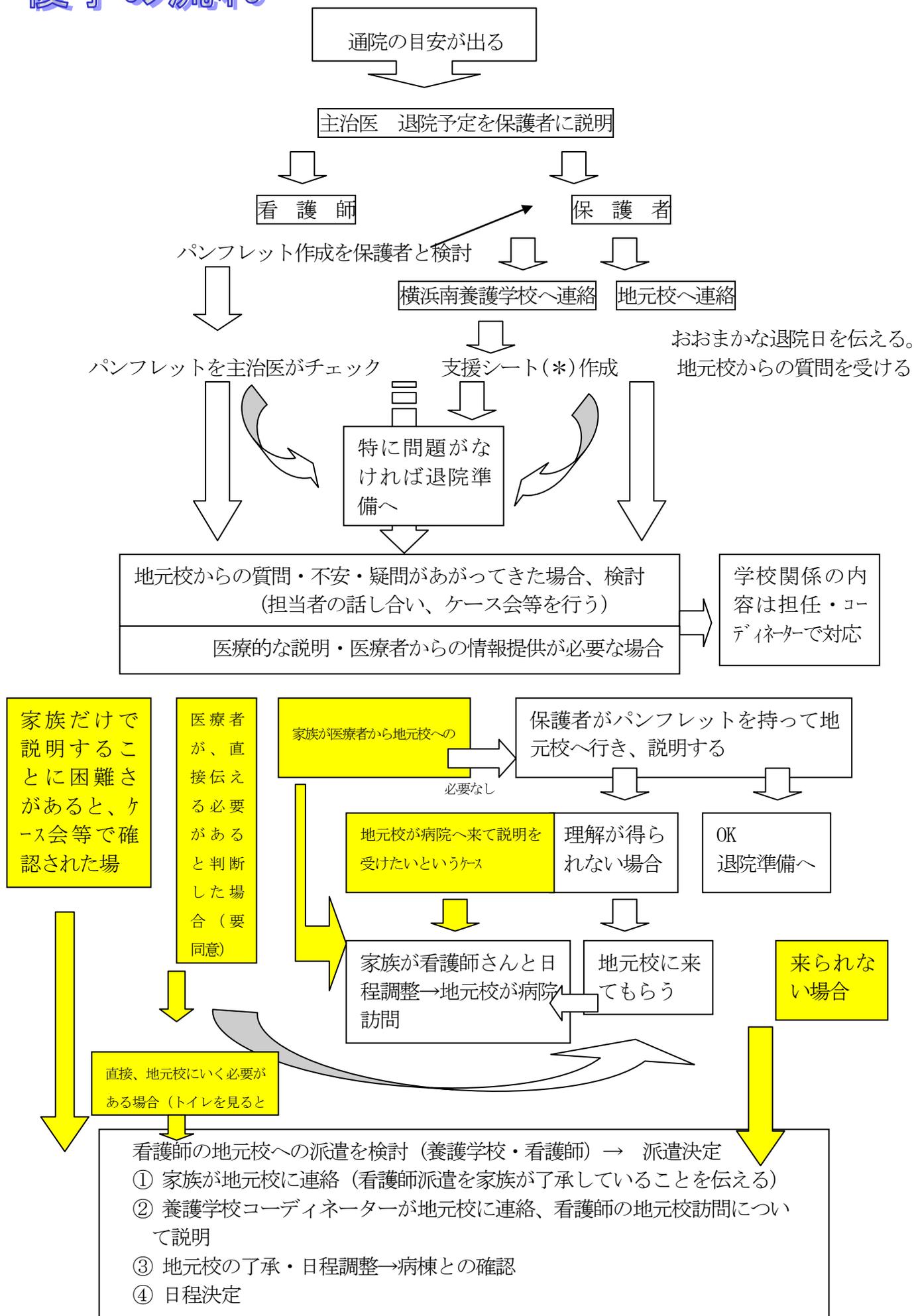
上記の手続きに何らかの問題がある場合は、関係者（主治医・看護師・看護科長・家族・患者家族支援部・横浜南養護学校等）で話し合い、必要に応じて看護師を地元校へ派遣する。その基準は以下の通りである。

1. 家族が個別パンフレットに添って説明を行ったが、地元校の理解が得られなかった場合のうち、医療的な情報や配慮の伝達が必須と関係者で判断し、地元校が来院して説明を受けることができない場合。
2. 家族が個別パンフレットに添って説明を行った上で、地元校がさらなる医療情報を必要とし、それを家族が了承した場合のうち、地元校が来院して説明を受けることができない場合。
3. 家族だけで説明することに困難さがあると関係者が確認した場合のうち、地元校が来院して説明をうけることができない場合。
4. 地元校での支援のうち、実際に学校の施設等を見て、必要な支援（医療的な処置や配慮等）について伝達をする必要がある場合。
（例えば、トイレの状況を見た上で、導尿等のケアのアドバイスをを行う場合）
5. その他、関係者間で看護師の訪問が妥当であると判断した場合。

看護師による学校訪問を行う際の手続きの手順

- ① 関係者が話し合いの上、看護師の派遣が必要であると判断
- ② 看護科長より看護局へ報告
- ③ 家族が地元校に連絡（看護師派遣を家族が了承していることを伝える）
- ④ 養護学校コーディネーターが地元校に連絡、看護師の地元校訪問について説明
- ⑤ 地元校の了承・日程調整→病棟との確認
- ⑥ 日程決定
- ⑦ 養護学校は派遣依頼を看護局に提出
- ⑧ 派遣

復学の流れ



2) 在宅医療における地域医療支援（講師派遣等）

平成20年10月

1 地域の関係機関（学校、幼稚園、市町村、保健所など）

個別の患者に関して、病状の説明や技術支援、カンファレンスを依頼された場合は、下記のとおりとする。

- 1) 関係機関から依頼文書をもらう（派遣依頼、出席依頼等）。医師に直接依頼があったものも、医療福祉相談室または退院・在宅医療支援室が同行する場合は、医療福祉相談室または退院・在宅医療支援室が主任となる。
- 2) 医療福祉相談室または退院・在宅医療支援室は依頼文書に基づき、派遣職員について関係部署と調整する。
- 3) 医療福祉相談室または退院・在宅医療支援室が決済を伺い、実施後は下記のとおり報告書を作成し、実施起案とともに医療福祉相談室または退院・在宅医療支援室に保管する。

総長	病院長	副院長
事務局長	副事務局長	総務課長
看護局長	副看護局長	課員
母子保健局長	患者家族支援部長	
報告書		
平成 年 月 日		
より依頼のありました件につき、		
下記のとおり実施しましたので報告します。		
1 日時 平成 年 月 日（ ） ～		
2 場所		
3 対象		
4 内容		

13. 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための実地研修に伴う
指導看護師への指示書の交付に係る要領

(趣旨)

第1条 この要領は、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）第6条による社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）の一部改正により、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等、訪問介護事業者等に就業している介護職員等（介護福祉士を含む。以下「介護職員等」という。）が、たんの吸引等の実施のための実地研修（以下「研修」という。）を受講するにあたり、登録事業者の利用者（以下「利用者」という。）のかかりつけ医師から指導看護師への書面による指示が必要となったことに伴い、登録事業者から利用者の主治医である神奈川県立こども医療センターの医師（以下「主治医」という。）に指示書の交付依頼を行う場合の取扱いについて定める。

(指示書交付依頼)

第2条 登録事業者が、研修の実施のために主治医の指示を求めようとするときは、次の各号の内容を記載した書面（以下「指示依頼書」という。）により、主治医に指示書の交付を依頼するものとする。

- (1) 利用者の氏名、住所、生年月日
- (2) 研修の実施についての利用者の同意の有無及び同意年月日

2 指示依頼書には、次の書類を添付するものとする。

- (1) 研修を受講する介護職員等の名簿（氏名、資格の内容及び取得年月日が記載されたもの。）
- (2) 指導看護師の指導者講習の修了証または指導者養成事業報告書受領書（写し）

(指示書の交付)

第3条 指示書の交付依頼を受けた主治医は、依頼内容を審査し、様式により適当な指示を行うものとする。

2 指示書の交付に係る文書料は、1,630円とする。

(その他)

第4条 この要領に定めるもののほか、指示書の交付に関し必要な事項は、総長が定める。

(附則)

この要領は、平成24年3月1日から施行する。

研修に係る指示書

(様式(第3条))

平成 年 月 日

様

医療機関名 神奈川県立こども医療センター

住 所 横浜市南区六ッ川2-138-4

電 話 045-711-2351

診療科

医師氏名

印

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための実地研修にあたり、下記のとおり指示いたします。

患者氏名		生年月日	
患者住所			
介護職員等によるたんの吸引等の実施の可否	実施	可	・ 不可
実施内容 該当に○をつける	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔内吸引 ・ 鼻腔内吸引 ・ 気管カニューレ内部吸引 ・ 経鼻経管栄養 ・ 胃ろう経管栄養 ・ 腸ろう経管栄養 		
その他 必要な事項	患者（家族）の同意を得て、指導看護師の指導の下、患者の状態に十分留意して行うこと。		

1 4. 吸引器の貸出し運用基準

平成25年4月
退院・在宅医療支援室

目的：在宅で吸引を行う必要が生じた場合、吸引器の購入・レンタルまでの期間の貸出しを行うことで安全な在宅医療の支援を行う。

1 吸引器の管理

- 1) 消耗備品（10万円以下）として退院・在宅医療支援室で台帳を作成し管理する
- 2) メンテナンスは故障時（定期の作動確認時の不具合を含む）に修理依頼で対応する
- 3) 退院・在宅医療支援室は定期的に在庫確認と作動確認を行う

2 吸引器の貸出し

1) 対象

療養上吸引器の使用が必要であると医師が認めた患者家族（以下利用者）

2) 貸出し期間

- ① 貸出した日より最長1ヶ月間、次回外来受診日に返却することを原則とする。（多くの方が利用できるように運用する）
- ② 個人所有の吸引器の購入、レンタル、修理などで、納品されるまでの期間のみを対象とする。

3) 貸出しの費用

貸出しの費用は無償

4) 貸出しに関連しての留意点

- ① 貸出し期限が到来したときや吸引器が不要となったときは速やかに返納するように説明する
- ② 貸出し期間は最長1ヶ月とする。
- ③ 貸出し期間中に入院（他施設を含む）し、入院期間が2週間以上になる場合は返却する。退院時に必要があれば、そのときに改めて貸出す。
- ④ 入院中の患者が外泊する時、臨時に貸出すことは可能（借用伝票が必要）。その場合、使用後の消毒、組立まで病棟が責任を持って行う。但し、頻繁に貸出しが必要な場合は購入を勧める
- ⑥ 以下の場合には貸出しを中止する
 - ・吸引器を譲渡、転貸したとき
 - ・吸引器の原型を無断で変更したとき
 - ・吸引器を故意に破損したとき

5) 貸出し期間中の事故の責任

貸出し期間中に吸引器の使用により発生した事故について、KCMCは責任を負わない

※ 「吸引器をご利用される方へ」の注意事項に明記

3 吸引器の貸出し手順

必要書類等：吸引器をご利用される方へ (A)

在宅療養者吸引器利用申込書 (B)

<母子保健推進室>

- 1) 7番相談窓口または外来等で吸引器の貸出しを希望する利用者に対応する
- 2) 利用者に (A) で説明、(B) で吸引器利用の申し込みを受け付ける

- 3) 貸出し期間は最長で 1 ヶ月であること、その後も使用が必要な場合は、業者からのレンタルまたは購入となることを利用者に説明する。
- 4) (B) の記載事項を確認し、「吸引器貸出し簿」に記載する。
- 5) 吸引器が作動することをチェック表を用いて、家族の前で確認後、利用者に貸出し外来に案内する。
- 6) 主治医を通さず直接相談窓口で吸引器をかりに来た場合は必ず吸引器が療養上、必要であることを主治医に確認する

<利用者>

- 1) 7 番相談窓口で説明を受けた後、(B) に必要事項を記載して主治医から「吸引器の使用が必要」というサインを貰い受ける
- 2) 7 番相談窓口で (B) により吸引器の利用を申し込む
- 3) 吸引器を借り受けて外来で吸引指導を受ける

<外来看護師>

- 1) 吸引器の貸出しにあたり、医師の許可（吸引器が療養上必要）を得る
- 2) 医師が必要と認めた後、利用者を相談窓口 7 番に案内する。
- 3) 利用患者が持参した (B) の下欄に医師のサインをもらい受ける
- 4) 吸引器の操作説明と吸引指導を実施する
- 5) 1 ヶ月以上の吸引器使用が必要となる患者については、吸引器返却時に相談してもらうことを説明する。

4 返 納

<利用者>

- 1) 吸引びん、シリコンチューブを洗淨し 7 番窓口で返却する

< 7 番相談窓口担当 >

- 1) 吸引器が作動することを家族とともに確認。貸出簿に必要事項を記載、申込書を利用者に返却または破棄する
- 2) 吸引びん、シリコンチューブを洗淨、消毒（ミルトン）、乾燥、作動確認の後、収納棚に保管する
- 3) シリコンチューブの汚染が激しいときや十分な乾燥が期待できないときは新しいチューブに交換する

<退院・在宅医療支援室（医療機器担当）>

- 1) 定期的に吸引器の使用状況と作動確認を行う（4 か月に 1 回実施する）。貸出し期間が超過している利用者のリストを作成し、保健福祉相談室に提出する。

<医療福祉相談室>

- 1) 貸出し期間が長くなっている利用者については、担当相談室員より使用状況等について確認し返却を促す。期間延長が必要な場合は、レンタル・購入を相談する。

5 修 理

- 1) 吸引器が故障したとき、預かった室員は故障箇所（故障の具合）の詳細なメモを吸引器に貼付、退院・在宅医療支援室（医療機器担当者）に伝える
- 2) 担当者は速やかに修理依頼伝票を記載、責任者の押印を受けて、吸引器に伝票を添えて経営企画

課に修理依頼する。

- * 修理依頼内容で直接業者と話したいときは、事前に修理依頼伝票を経営企画課に提出し、直接業者に説明したい旨を伝えておく。と経営企画課から業者に連絡をとってもらえる

吸引器をご利用される方へ

《吸引器の利用できる方》

1. 病院での吸引器を借りられる方は、**在宅吸引器を購入までの期間**となります。
2. 貸し出しには、**主治医の許可**が必要です。
3. 吸引器の貸し出し期間は、**最長 1ヶ月**です。
⇒1ヶ月以上の貸し出しになる場合には、レンタルか購入の選択になります。
⇒購入申請されている方に関しては、延長のご相談をさせていただきます。

●貸出日： H 年 月 日

●返却予定日： H 年 月 日

4. 吸引の手技については、**指導を受ける**ことが必要です。

《吸引器使用手続き》

1. 貸し出しが決まりましたら、吸引器申込書に必要事項を記入し、⑦番窓口保健福祉相談室に書類を提出してください。
2. 保健福祉相談室で、吸引器が正しく作動することを確認してからお渡しします。

《使用上の留意点》

1. 振動などの衝撃が加わると故障することがありますので、運搬する時は平らなところに置き、出来るだけ静かに運ぶよう心がけてください。
2. 吸引ビンの中に溜まったものは、3分の1くらいの量を目安に捨ててください。溜まりすぎるとポンプに吸い上げてしまい、故障の原因となることがあります。
3. 返却される時は、吸引ビン・パーツなどをよく洗い乾燥させてから、保健福祉相談室へお返しください。
4. 吸引器の破損や故障の時は、ただちに保健福祉相談室へご連絡ください。
5. 故障の原因が使用者にある場合には、修理代を請求されることがあります。

《吸引器を借りるに当たり、注意していただきたいこと》

1. 他人に譲渡・貸借することはしないでください。
2. 危険防止のため、修理・改造はしないでください。
3. 借用中に破損した場合には、ただちにこども医療センターに連絡し、指示を受けてください。
4. 借用期間中であっても、使用しなくなったときには速やかに返却してください。
5. 多くの方にご利用いただくために、返却期限を厳守してください。万が一、返却期限を過ぎた場合には催促の連絡をさせていただくことがあります。
6. 借用した吸引器の使用により発生した事故については、一切の責任を負いませんのでご了承ください。

《お問合せ》 神奈川県立こども医療センター 保健福祉相談室
TEL 045-711-2351 内線3136



吸引器借用申し込み書

平成 年 月 日

神奈川県立こども医療センター 所長様

別記の留意事項について了承の上、申し込みいたします。

吸引器NO.

借用期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

患者 病歴番号

氏 名

保 護 者 住 所

電 話

氏 名 印

* 病院の貸し出し吸引器は在宅吸引器購入予定の患者へ最大1ヶ月間の貸し出しです。
<以下の項目にチェックされた方に吸引器の貸し出しが可能です。>

1. 上記の患者へ吸引器購入の必要説明が済んでいる。

2. 吸引器の購入方法を説明した。

相談窓口で購入方法の相談にのって欲しい。

SW (担当) に依頼している。

自費購入をすすめている。

手帳などの補助申請を利用 (申請未・申請中・申請済)

平成 年 月 日

診療科名 科

医師氏名 印

15. 退院前共同カンファレンス運用基準（暫定）

1. 目的

- 1) 患者・家族の在宅療養に対して退院後の生活を見据えた調整・支援を行う
- 2) 地域関係機関との情報共有及び問題点・課題の共有を行う
- 3) 入院医療から在宅医療への引継ぎを行う
- 4) 多職種、他施設との連携と協力を深める
- 5) 病状の先をよみ、医療と生活の中のリスクを見極め、患者が適切なケアを継続して受けることが可能となるケア環境を作る

2. 対象

- 1) 退院後、在宅医療・在宅療養を継続する患者
- 2) 退院後、生活の様式の再編が必要となる患者
- 3) その他患者の状況から判断して1)～2)に準ずると認められた場合

3. 参加者

- 1) 院 内：
患者・家族、医師、看護師、医療福祉相談室、退院・在宅医療支援室、PT等
- 2) 院 外：
在宅医、訪問看護リハステーション、地域活動ホーム、教育機関等

* 状況により医療者カンファレンスを行った後、患者・家族を交えたカンファレンスを行うことが望ましい場合もある

4. 実 際

- 1) 退院1～2週間前に医療福祉相談室、退院在宅医療支援室が関係部署と調整しカンファレンスの開催を計画する
- 2) カンファレンスに使用する資料が必要な場合は、それぞれの担当者が準備を行う（病状及び医療の状況：医師、医療ケアの状況及び指導の状況：病棟看護師、調整した地域関係機関の状況：医療福祉相談室、退院・在宅医療支援室、リハビリの状況：理学療法室等）
- 3) カンファレンスの内容
 - (1) 退院後のこども・家族、地域の具体的なスケジュール、それぞれの役割の最終確認
 - ①こどもの全体像の再確認
 - ②それぞれの役割の明確化
 - ③サポートのポイントの確認
 - ④観察のポイントと緊急時の連絡体制の確認
 - ⑤退院後1ヶ月程度の地域サービスのスケジュール確認
 - ⑥退院後のケアの見直しについての申し合わせ
 - ⑦成長発達に伴って生じることが予測される課題の共有
- 4) カンファレンス終了後、病棟はカンファレンス記録（参加者名を必ず記載）を記載し、医療福祉相談室または退院在宅医療支援室は1枚を印刷し医事課に提出する（退院時共同指導料算定のため）。

5. 附随する診療報酬について

1) 退院時共同指導料

医療機関に入院中の患者について、地域において患者の退院後の在宅医療を担う医療機関の医師またはその指示を受けた医療機関の看護師などが患者の入院している医療機関に赴いて、患者の同意を得て退院後の在宅での療養上に必要な説明および指導を、入院中の医療機関の医師、看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合、入院中1回に限り算定できる。別に厚生労働大臣が定める疾病および状態の患者については2回算定できる。

○退院時共同指導料1： 在宅側が算定

在宅療養診療所 1000点

それ以外 600点

特別管理指導加算（気切ほか） 200点

○退院時共同指導料2： 入院医療機関側が算定

医師共同指導加算 300点

○3者以上共同加算 2000点

入院医療機関の医師が地域の3以上の職種と共同指導した場合

2014年4月 退院・在宅医療支援室

16. 「在宅療養する子どもの救急蘇生法 指導マニュアル」

<緊急情報書 運用基準>

1. 目的：疾患や障害をもち在宅療養する子どもに対して家族が行う「緊急時の対処」として【急変する可能性がある子どもの家族に対する一般的なBLSの指導】と【気管切開などの医療的ケアが必要な子どもの家族に対する対処方法の指導】を「在宅療養する子どもの救急蘇生法 指導マニュアル」（以下、「指導マニュアル」と略します。）に沿って実施した場合に、「緊急時情報書」を記載し外来診療録に残すことで、在宅へのケアに継続する。
2. 対象者：「指導マニュアル」に沿って指導を実施した患者・家族
3. 方法：緊急時の準備に関して「指導マニュアル」に沿って指導を実施した場合、「緊急時情報書」を担当医が作成し、保護者（家族等）から了解を得た上で担当医・家族の双方がサインする。「緊急時情報書」が完成した時点で直接クラークに依頼して、赤のインデックスに「緊急時」と書いたものを貼付し、外来診療録の当該診療科の当該診療日に保存する。
4. なお、記載内容に関しては原則として担当医が適宜更新するよう努める。

<緊急時情報書 記載基準>

1. 「指導マニュアル」を用いて、指導を実施した場合に担当医・指導者が記載する。最終的には、担当医が内容を保護者と確認した上で、記入日を書き入れサインする。その際、家族の同意を得てサインをもらい、家族用の緊急情報書を渡す。
2. 内容は、以下の点について具体的に記載する。
 - ① 名前、診断名を記載する。
 - ② 保護者に行った指導内容その他について記載する。
：「指導マニュアル」に沿った指導として、【気管切開している子の救急蘇生法】【救急蘇生法】【その他】を選択し、対応として追加で記載すべき内容がある場合は記述する。
 - ③ 在宅医療ケア・特殊な処置がある場合には【在宅人工呼吸】【在宅酸素】等から選択し、○印をつける。その他を選んだ場合にはその内容を記述する。
 - ④ 子どもの通常の状態に関して記載する。
：指導の時点における子どもの通常の状態に関して記載する。
例）「心疾患により、通常時からSpO₂が80%台である」「寝たきりであるが、普段は目線で意思表示のような態度をとる」「腎不全があり、クレアチニンが通常から2程度の値である」など。
 - ⑤ 起こりうる問題点と対処法、処置等の注意点、禁忌事項について記載する。
例）「ルート確保の第一選択は骨髄針（大腿血管はCV等でつぶれています）」「けいれん時はドルミカムが無効でラボナールしか効かない」など。

病歴番号

患者氏名

生年月日

緊急時情報書（保護者への指導内容）

患者氏名
診断
1
2
3
4
5

保護者に行った指導（○をつけてください） 指導マニュアル	年	月版
1. 気管切開している子の救急蘇生法	2. 一般的な救急蘇生法（BLS）	
3. その他に行った指導（		）
指導を受けた人（○をつけてください）	父・母・その他（	）
緊急時の対応についてコメントを記入して下さい		

在宅医療ケア・特殊な処置（○をつけてください）			
1. 在宅人工呼吸	2. 在宅酸素	3. 気管切開（カニューレ	）
4. IVH	5. 経鼻経管栄養	6. 胃ろう経管栄養	7. 人工肛門
8. 血液透析（CAPD）	9. 定期導尿	10. 脳室腹腔シャント	
11. その他（			）

通常のバイタルサイン：SpO ₂	%（酸素	L/分）	、脈拍数	回/分
臨床上的特徴（普段から正常でない理学所見、神経所見、検査所見など）				

起こりうる問題点と対処法、処置等の注意点と禁忌事項など

記入日 平成 年 月 日

担当医氏名： _____

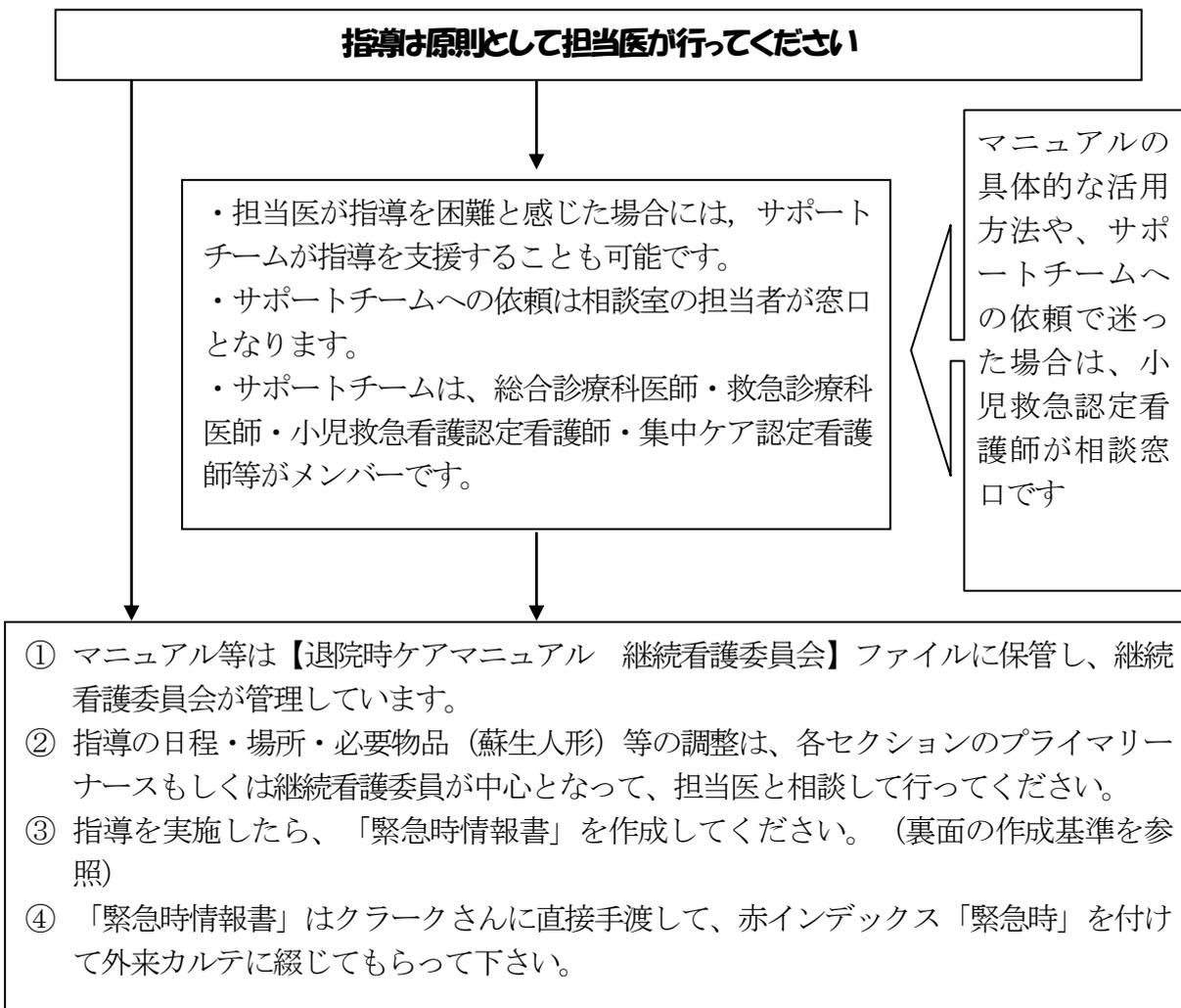
上記について、担当医師より説明を受けました。

「在宅療養する子どもの救急蘇生法 指導マニュアル」を使う方へ

- 在宅療養に向かう患者さんのご家族に緊急時の対処方法を指導する際に「統一した院内マニュアルがあるとよい。」と言う声を受けてこのマニュアルを作成しました。
- マニュアルに沿った指導を強制するものではなく、あくまでも指導補助のために作ったものですので必要に応じてお使い下さい。
- 主に救急蘇生のガイドライン 2005 年版に沿った BLS 指導方法を、フローチャート式にわかりやすくまとめ指導のポイントを記載してあります。
- 【一般的な子どもの救急蘇生法】と【気管切開をしている子どもの救急蘇生法】の二種類がありますので、受け持ちの患者さんに合わせて選んでお使い下さい。
- 内容は、説明だけではなく蘇生人形を使った実技指導を前提として書かれています。
- ご家族への指導を支援するサポートチームも存在しますが、担当医が主体となって行うようにお願いします。

＜使い方＞

マニュアルを使って指導する人 当院の医師・看護師・その他
 マニュアルによって指導を受ける人 救急蘇生法の指導が必要な子どものご家族



在宅療養にむけての救急蘇生法：指導マニュアル

8歳以上を成人、1歳以上8歳未満を小児、1歳未満を乳児として扱う。当センターに受診している子どもたちは、体重、身長、体格は通常の発達と異なることが多いので、標準年齢で考えることが難しい。標準年齢の基準と比較し個別に指導する。

手順、方法など

1. 様子がおかしい〇〇ちゃんを発見！！



2. 肩をたたき¹刺激しながら「大丈夫？」と声をかける。（肩をたたき、声をかける刺激で反応をみる）

↓ 反応なし

3. 大きな声で人を呼ぶ。
他の家族がいたら、119番してもらおう。
いなければ、まず CPR を 2 分間（5 サイクル）してから、119番する²。



4. 気道を確保する³。



5. 10秒以内⁴に正常な呼吸か⁵確認する。

見て：胸の動きを見て
聞いて：吐息を聞いて
感じて：息を頬で感じて



呼吸なし

6. 胸の挙がる⁶人工呼吸を2回⁷行う。
子どもの口と鼻を同時に自分の口でカバーするか（口対口鼻）、口対口で（この時は子どもの鼻をつまむ）人工呼吸をする。

指導内容、注意点など

¹乳児の場合は足首を持って足の裏をたたく。

²呼吸原性の心停止が多く救助者が一人の場合は119番よりCPRを優先する。心疾患があり心原性心停止が想定される場合は119番を優先してもよい。

³外傷の有無によらず頭部後屈—おとがいがい挙上法を指導する。

⁴見て、聞いて、感じて、4, 5, 6, 7, 8, 9, 10と声に出し10秒数え、「正常な」「普通どおり」の呼吸か確認する。

⁵死線期呼吸（あえぎ呼吸）が見られる場合は心停止とみなす。

⁶約1秒かけて胸部があがることを確認しながら息を入れる。

⁷1回目の人工呼吸で胸の上がりが確認できない場合、一回のみ気道確保しなおして人工呼吸を行う。それでも胸の上がりが確認できない場合は胸骨圧迫を開始す

7. 胸部圧迫⁸を30回行う。

↓
1 分間に 100 回のスピード
で“強く・速く”行う。
市民援助者は脈の確認はし
ない。

8. 人工呼吸を2回行う。



9. 胸部圧迫 30 回+人工呼吸 2 回=1 サイクル、これを絶え間なく行う。

家族がいれば、5 サイクルしたら交代する（疲れて有効な胸部圧迫ができなくなるため）。

子どもが動くか救急車が到着するまでがんばる。

⁸圧迫の位置（子どもの体で位置を確認）

乳児：乳頭間線上の少し足側の胸骨。2本指で圧迫。

小児：乳頭間線上の胸骨上または胸の真ん中。片方の手のひらの付け根を置きその上にもう一方の手

⁸圧迫方法：腕を伸ばし、両肩が両手の上に来る。垂直に押し下げ、胸壁が完全に戻るように緩める。この時手のひらが離れたり浮き上がったりしないようにする。

乳児：胸部の1/3が沈むように圧迫。

小児：乳児と同じ。

Q&A

Q. 胸部圧迫するときどうして胸壁が完全にもどるように圧迫を解除しなければならないの？

A. 胸壁を戻さないと有効に血液が体に回りません。特に大切な頭に回らなくなるようです。

救急蘇生法 フローチャート

様子がおかしい
〇〇ちゃんを発見！！

〇〇ちゃん！
大丈夫？



肩をたたき
刺激する

意識の確認

肩をたたき刺激しながら「大丈夫？」
と声をかける。(肩をたたき、
声をかける刺激で反応をみる)

反応なし

大きな声で人を呼ぶ

他の家族がいたら119番してもら
いなければ、まず胸部圧迫*人工呼吸を
2分間、5サイクルして119番する
(5サイクル)してから119番する

心疾患がある子ども、
目の前で突然倒れた子ども
大きな声で人を呼ぶ
まず119番する

気道を確保する
頭部後屈・おとがい挙上

10秒以内に呼吸の確認

見て：胸の動きを見て
聞いて：吐息を聞いて
感じて：息を頬で感じて

呼吸なし

・胸が上下に動いているのを見て

人工呼吸（口対口鼻）

胸の上がる人工呼吸を2回行う
子どもの口と鼻を同時に自分の口でカバーするか
(口対口鼻)、口対口で(この時は子どもの鼻を
つまむ)人工呼吸をする。

胸が上がる
人工呼吸を
2回する

子どもの口か
口鼻を、
自分の口で覆
う

5サイクル

胸部圧迫30回

人工呼吸を2回

圧迫場所は、
乳頭をつないだ線の
真ん中付近

救急車を呼んでいなかったら、119番する

子どもが動くか
救急車が到着するまで
つづける

回復しても
病院に
連絡する

気管切開術を受けた子どもの救急蘇生法：指導マニュアル

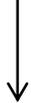
気管切開管理中に発生する問題は、呼吸に直結する可能性が高いため、急ぎつつも冷静に対処する必要があります。その場での対応が遅れると心肺停止や重症後障害にいたる可能性もある。

状況により、応急対応の後に気管内視鏡をはじめとした耳鼻科的診察を手配することが重要である。また、再度のカニューレトラブルに備え予備のカニューレを入手するためにも、救急外来を早期に受診するよう家族へ指導することも必要である。

手順、方法など

指導内容、注意点など

1. 様子がおかしい¹○○ちゃんを発見！！



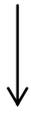
2. 大きな声で人を呼ぶ。



3. カニューレトラブル（閉塞、抜去・半抜去）を疑う。



4. 疑わしいカニューレを抜き去る。



5. 余裕があれば患児をなだめる。



6. できるだけ早く新しいカニューレ²を挿入する。



7. それでもダメな場合アンビュを用いて加圧³する。



¹いつもより苦しそうな呼吸をしている場合など。例えば

- ・いつもより顔色や口唇色が悪い。
- ・ゼーゼーとした呼吸。呼吸が荒い。
- ・発汗が多い、季肋部の陥没呼吸や肩呼吸がある。
- ・呼吸状態が急に变化した時も怪しい。

²予備のカニューレがない場合は、抜去したカニューレを再利用し、挿入する。

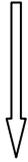
²カニューレが抜去されてから時間が経っている場合には、気切孔が狭くなって挿入しづらい可能性があるため、通常使用しているカニューレよりも1サイズ細いものまたは先端が斜めカットされている気管チューブ（緊急用として準備しておく事が望ましい。）を挿入する。

³アンビュは約1秒かけて胸部があがることを確認しながら加圧する。

8. それでもダメな場合は[胸骨圧迫⁴30回+アンビュ加圧2回]を1サイクルとし、これを2サイクル行う。



9. ここまでやった上で119番通報する。
助けが来るまで[胸骨圧迫30回+アンビュ加圧2回]を絶え間なく繰り返す。



回復しても医療機関に連絡する。
緊急でカニューレ交換した場合は、救急外来受診し、予備のカニューレをもらう。

Q&A

Q. カニューレが抜去されないようにする工夫は？

⁴圧迫の位置 (子どもの体で位置を確認)

乳児：乳頭間線上の少し足側の胸骨。2本指で圧迫。

小児：乳頭間線上の胸骨上または胸の真ん中。片方の手のひらの付け根を置きその上にもう一方の手を重ねる。

成人：小児と同じ。

⁴圧迫方法：腕を伸ばし、両肩が両手の上に来る。垂直に押し下げ、胸壁が完全に戻るように緩める。この時手のひらが離れたり浮き上がったりしないようにする。

乳児：胸部の1/3が沈むように圧迫。

小児：乳児と同じ。

成人：4~5cm胸部が沈むように圧迫。

A. (1) カニューレの固定について

①カニューレの固定バンドの交換は、カニューレ交換ごとに行うようにする。

②市販のカニューレバンドは使用しない。

(2) ガーゼ交換、カニューレ交換のついて

①できるかぎり複数人で行う。

②予備のカニューレを準備する。

気管切開をしているお子さんの救急蘇生法フローチャート

様子がおかしい
〇〇ちゃんを発見！！



意識の確認
肩をたたき刺激しながら「大丈夫？」と声をかける。(肩をたたく、足の裏を刺激、声をかける刺激で反応をみる)

反応なし

大きな声で人を呼ぶ
他の家族がいたら119番してもらおう

カニューレ確認
閉塞 抜去 半抜去を疑う



疑わしいカニューレを抜き去る

余裕があれば子どもをなだめる

出来るだけ早く
新しいカニューレを挿入する



呼吸なし

アンビュを用いて加圧する

胸部圧迫30回

5サイクル

アンビュ加圧2回



救急車を呼んでいなかったら、119番する

子どもが動くか
救急車が到着するまで
つづける

回復しても
病院に
連絡する