

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
入退院・在宅医療支援室
第4版(2026年4月)**

在宅医療の手引きは、こども医療センターの中だけでなく、関係機関の皆様にも参考にさせていただくことも可能です。その場合、この手引きの内容については、こども医療センターの院内での文書であることを十分ご理解ください。

また、無断での使用、転載は禁止させていただきます。

神奈川県立こども医療センター在宅医療審査会
入退院・在宅医療支援室

目次

I 当センターにおける在宅医療	4
1 在宅医療の考え方	4
2 在宅医療を支える組織	5
(1) 在宅医療審査会	5
(2) 長期入院検討部会	7
(3) 地域連携・家族支援局	8
II 入退院支援体制	11
III 当センターにおける在宅医療機器	20
IV 当センターにおける在宅医療にかかる診療材料	33
V 在宅における人工呼吸療法(TPPV)について	34
VI 在宅における非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)について	55
VII 在宅におけるNasalProngNPPVについて	72
VIII 在宅点滴療法(PCAポンプ契約等)について	90
IX 退院前訪問、退院後訪問について	100
X 他院等への救急車(ドクターカー)等を使用した転院搬送について	111
XI 医療評価入院について	111
1 週末医療評価入院	111
2 在宅医療評価入院	111
XII 地域との共同カンファレンス	113
XIII 在宅療養をする子どもの救急蘇生指導	115
小児の心肺蘇生フローチャート	118

I 当センターにおける在宅医療

1 在宅医療の考え方

1987(昭和62)年に在宅人工呼吸器療法で退院した症例が報告されてから、当センターは在宅医療に組織的に取り組んできました。以前は病気や障がいがある子どもは、健康な子どもと分離された環境で生活することが安全で適していると考えられていました。しかし、現在はともに育つことで病気や障がいのある子どもにとっても、健康な子どもにとっても良い経験が得られると考えられています。小児医療福祉に従事する者が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、子ども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当センターの役割と考えます。

在宅医療の手引きは2008(平成20)年に、医師、看護師、発達支援科専門職、ソーシャルワーク室、入退院・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み、計画立案や評価のための指針を目的として作成されました。

子どもは病気や障がいがあっても、温かな家庭的な環境で家族と一緒に生活し、同年代の友人やそれを支える大人と地域社会の一員として育つことで、私たちの想像を超えた成長発達を遂げることがあります。そのためには、子どもらしい体験(遊びや学習)を重ねることや、その子どもに適したコミュニケーションを重ね、継続して子どもの力を引き出す関わりが重要です。

近年、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童を医療的ケア児が増加しています。医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族が離職などすることなく生活でき、安心して子どもを生み、育てることができる社会をめざして、‘医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律;2021(令和3)年6月公布’ができました。日本は少子化が長く課題になっていることから、こども家庭庁;2023(令和5)年を創設して医療的ケア児とその家族が地域で安心して暮らせるような取り組み‘こどもまんなか社会の実現’を目指し動き始めています。

当センターも小児在宅医療のフロントランナーとして、社会の動向を見据えて、また未来を担う子どもたちを支援できるような支援体制を担えるよう取り組みます。

2 在宅医療を支える組織

(1) 在宅医療審査会

神奈川県立子ども医療センター在宅医療審査会設置要綱

(目的)

子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ことを目的に子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 在宅医療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
- 5 長期入院に関すること

(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。

- 1 座長は、別表の中から病院長が推薦し総長の指名による者をもって充てる。
- 2 副座長は、座長が選任する。
- 3 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。

- 1 審査会の結果については、議事録を作成する。
- 2 審査会の範疇をこえる案件が生じた場合は管理者会議等に報告し、承認を得る。

(部会)

第5条 審査会に長期入院検討部会を置く。

- 1 長期入院検討部会（以下「部会」という）は、長期入院患者に対する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。
- 2 部会に座長と構成員をおく。
- 3 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。
- 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。

(事務局およびその業務)

第6条 審査会の事務局は入退院・在宅医療支援室に置く。

(その他)

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(2007)年4月1日から施行する。

一部改正平成25(2013)年4月1日

一部改正令和2(2020)年4月1日

この要綱は、令和5(2023)年4月1日から施行する。

この要綱は、令和6(2024)年4月1日から施行する。

別表

部署	職種等	
医師	神経内科	
	循環器内科	
	総合診療科	
	救急・集中治療科	
	遺伝科	
	新生児科	
	麻酔科	
	リハビリテーション科	
	血液・腫瘍科	
看護局	入退院・患者支援担当副看護局長 (兼入退院・在宅医療支援室長)	
	科長(入退院支援リンクナース会議担当)	
	外来	
	リソースナース(専門認定看護師)	
臨床工学科	臨床工学技士	
事務局	医事課	
	経営企画課	
地域連携・家族支援局	局長	
ソーシャルワーク室	MSW	
緩和ケア普及室	室員	
審査会事務局 (入退院・在宅医療支援室)	看護師	

(2) 長期入院検討部会

長期入院検討部会の運営基準

- 1 部会の目的：在宅医療審査会の下部組織で、「長期入院患者にする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」・・・在宅医療審査会設置要綱第5条
- 2 実際の運営
 - (1) 部会は6ヵ月に1回開催（原則6月・12月第1月曜日）
 - (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ヵ月以上の入院患者を病棟ごとにリストアップする。
 - (3) 主治医、当該診療科の科長、入院病棟の看護科長、ソーシャルワーク室員・支援室員でリストアップした患者を確認し共有する。リストアップした患者から2～3名の対象者を選定し、事例検討用紙を作成する。社会的理由による入院継続患者や、主治医が部会での検討を希望した患者を優先して選定する。
 - (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、看護師を代行で立てる。
 - (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多角的に意見交換を行う。
 - (6) 治療方針や在宅療養に向け、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、療養環境を整備しながら早期退院をめざして調整していく。

構成員

職種・部署	構成員	
医師	在宅医療審査会座長	座長
	主治医	
	当該診療科の科長	
	総長	
	病院長	
	地域連携・家族支援局長	
	副院長	
看護局	看護局長 副看護局長（兼入退院・在宅医療支援室長） 入院病棟の看護科長	
緩和ケア普及室	担当者	
ソーシャルワーク室	担当者	
医事・診療情報管理課	担当者	
入退院・在宅医療支援室	担当者（看護師）	事務局

(3) 地域連携・家族支援局

地域保健推進部、医療福祉連携部、患者家族支援部から構成され、県内行政機関との連携により保健福祉医療体制の充実に関与しつつ、患者・家族に対する支援および地域関係機関との橋渡しを総体的に担う部門である。

ア 地域保健推進部

部長（兼任医師）のもと、地域医療支援研修会開催を含む地域医療支援業務および初診受付を担当する**地域医療連携室（事務職）**と、患者相談窓口業務および地域保健を結び付ける**こども保健推進室（保健師）**の2室で構成される。こども保健推進室は、院内で虐待症例を検討する養育支援チーム会議の事務局を担い、県内関係機関と連携して神奈川県性的虐待被害児支援機能強化事業にも対応している。また神奈川県小児保健協会事務局も担っている。

イ 医療福祉連携部

部長（兼任医師）のもと、患者家族の相談支援を担当する**ソーシャルワーク室（MSW）**と、患者・家族の心理相談に対応する**臨床心理室（臨床心理士）**の2室で構成される。ソーシャルワーク室では、患者それぞれに対する相談支援を行うとともに、神奈川県小児虐待対策ネットワーク事業を受託し政令市とも連携した事業展開に協力している。臨床心理室では、心理検査を中心とした臨床における心理支援を行うとともに、こどもの心のケアネットワーク運営にも関与している。

ウ 患者家族支援部

部長（兼任医師）のもと、入院サポートセンターおよび入退院支援と在宅医療支援を担当する**入退院・在宅医療支援室（看護師）**と院内における患者との対話を支援する**患者対話推進室（兼務混合）**の2室で構成される。患者・家族支援を行いつつ地域医療機関や関係機関との橋渡し役を担い、患者受け入れから在宅医療まで一貫した支援体制を目指し、県域全体のレベル向上のための教育支援活動も行っている。入退院・在宅医療支援室は、高度在宅医療患者に対する退院支援の仕組みを司る在宅医療審査会の事務局を担うとともに、神奈川県からかながわ医療的ケア児支援センターアドバイザー部門を受託して県内医療的ケア児支援施策にも協力している。

(ア) 入退院・在宅医療支援室

・入退院・在宅医療支援室の役割

入退院・在宅医療支援室の役割は、「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」ことである。2004年に「地域医療支援病院」の承認、2014年度には神奈川県が国の小児等在宅医療連携拠点事業の委託を受け、関連した役割を担っている。

・入退院・在宅医療支援室の機能

入退院・在宅医療支援室の機能は、「入退院支援に関すること」「在宅療養支援に関すること」「地域の関係機関との連携に関すること」「在宅医療に係る委託事業に関すること」の大きく4点がある。この機能について規定や診療報酬などの要件などに則り、適正な対応を行えるように取り組んでいる。

・入退院・在宅医療支援室の活動内容

入退院支援に関すること	入院サポートセンターにおける入院時支援	入院時支援専従看護師配置 入院時支援の実施	
	病棟における入退院支援	入退院支援専従看護師配置 入退院支援スクリーニング表、計画書の運用 入退院支援カンファレンスの実施	
	新生児を対象にした入退院支援	新生児入退院支援専任看護師配置 入退院支援スクリーニング表・計画書の運用 入退院支援カンファレンスの実施	
	入退院支援担当者に関すること	日本小児総合医療施設協議会（JACHRI） 入退院調整・地域連携ネットワーク会議	
在宅療養支援に関すること	在宅医療審査会、長期入院検討部会の運営	事務局	
	在宅医療の手引き	事務局	
	高度医療機器を用いた在宅医療の管理について	在宅における人工呼吸療法（TPPV、NPPV）について	
		在宅におけるNasalProngNPPVについて	
		ハイゼントラ・キュービトル その他の医療機器（導入必要時）	
	在宅医療全般に関する相談・調整について		
	週末医療評価入院の調整	受け入れ調整	
医療評価入院	事前情報収集・地域との調整		
地域の関係機関との連携に関すること	入退院支援加算1 施設要件についての連携	相談支援専門員との連携について	
		転院または退院体制等に係る連携 機関数の実施と把握	
		連携機関職員との面会 （オンライン含む）の実施と把握	
	在宅療養児の地域生活を支えるネットワークについて： （横浜市・地域医療機関等）	構成員としての活動	
医療機関等との連携	連携強化のための医療機関訪問 医療機関のデータ構築		

		合同カンファレンスの実施
	看護連携について	看護サマリーを用いた連携 訪問看護ステーション等の看護師との情報共有
	子どもの生活の場(学校、幼稚園、保育園、放課後デイ等)との連携	在籍看護師等との情報共有
	地域の医療・保健・福祉・教育機関への講師派遣	小児在宅医療に関する研修会、勉強会等への講義、講演の依頼に応じる
在宅医療における 委託事業： 小児等在宅医療 連携拠点事業	支援者向けの情報提供・相談	小児在宅医療に関する相談窓口の設置 (開設時間：10時から16時)
		小児在宅医療に関するホームページの更新 (おひさま小児在宅療養ナビ)
	小児在宅医療資源の拡充に向けた 取り組み	医療ケア実技研修(5回程度) 県内の在宅医療に取り組む医療機関、 在宅療養児を扱う医療機関、訪問看護 ステーション、医療ケアを行っている 小児を受け入れている保育所などの 地域支援者が対象
		医療的ケア児等コーディネーター養成 研修におけるアドバイザー (神奈川県)
その他	モデル事業等随時	

II 入退院支援体制

1 入退院支援加算

目的：患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価する。

対象：下記の退院困難な要因（以下ア～タ）を有する患者・家族
（NICU・児童思春期精神科病棟を除く）

- (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) 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
- (エ) コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- (オ) 強度行動障害の状態の者
- (カ) 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
- (キ) 生活困窮者である
- (ク) 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、又は必要と推測される
- (ケ) 排泄に介助を要する
- (コ) 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- (サ) 退院後に医療処置が必要
- (シ) 入退院を繰り返している
- (ス) 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる
- (セ) 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
- (ソ) 児童等の家族から、介助や介護などを日常的に受けている
- (タ) その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

診療報酬：上記の条件に加え、患者または保護者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

15歳未満：入退院支援加算1（700点）＋小児加算（200点）

15歳以上：入退院支援加算1（700点）

※入院時支援加算1（240点）を実施した場合は、入退院支援加算Iを実施した場合にのみ算定される

※死亡退院は算定不可

必要書類：「SC入退院支援スクリーニング表」以下「スクリーニング表」（様式2）

「入退院支援計画書」以下「計画書」（様式3）

「療養支援計画書」（様式4）

「面談前問診票」（googleフォーム）

「面談前問診票（日帰り入院用）」（googleフォーム）

2 入院時支援

目的：入院予定の患者が、入院生活や治療のイメージを持ち、安心して入院治療が受け入れられるよう支援を行う。外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に

関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価する。

対象者：1泊以上の予定入院患者、手術を要する予定入院患者

※デイ検査や繰り返す予定入院は対象外とする

- (1) 入院サポートセンター（以下、入院SC）看護師が、対象患者に対して「面談前問診票」をもとに患者・家族の情報収集を行う。
- (2) 入院SC看護師が、入院前面談を実施する。
 - ア 入院SC看護師は、「スクリーニング表」を作成し、退院困難要因を有している患者を抽出する。
 - イ 「スクリーニング表」のチェックがついた項目について聞き取りを行い、退院困難要因を具体化し、「療養支援計画書」を作成する。
 - ウ 面談実施後は、カルテ経過表のメモ欄に「●入院時支援」（丸は青、背景は紫）と表記する。
 - エ 多職種の介入が必要と判断した場合は介入を依頼する。依頼を受けた担当部署は、入院前又は入院後に介入し診療録へ記録をする。
 - オ 入院SC看護師は、「療養支援計画書」の内容を患者・家族へ説明を行い、署名をもらう。1部コピーを取って、原本は患者・家族へ渡す。
 - カ 入院SC看護師は、退院困難となり得る事項、病棟看護師と情報共有が必要な内容を患者プロフィール、患者DBへ記載し、面談で説明した内容を看護記録に残す。
- (3) 病棟への申し送り
 - ア 入院SC看護師は、「スクリーニング表」と「療養支援計画書」のコピーをファイルに入れて入院まで保管する。
 - イ 入院SC看護師は、入院日の前日に前項のファイルを用いて、入院予定病棟の病棟看護師と情報を共有し、看護記録に記載する。
 - ウ 病棟看護師は「療養支援計画書」を確認し、患者プロフィール、患者DBから情報を得て、患者への支援につなげる。

3 入退院支援

(1) 入院前

<予定入院の場合>

ア 病棟看護師は、入院前日または当日に入院SC看護師から受け取った「スクリーニング表」「療養支援計画表」と患者DBより、患者情報を確認する。

イ 病棟クラークは、「スクリーニング表」と「療養支援計画書」がある患者のカルテから「入退院支援計画書（以下、計画書と表記）」を印刷し、書類をまとめて保管する。

<緊急入院の場合>

病棟クラークは、ACTISより「スクリーニング表」と「計画書」を印刷し、保管する。

(2) 入退院支援スクリーニングの実施

ア 病棟看護師は、入院後3日以内に患者DBを参考に、「スクリーニング表」の病棟スクリーニングを実施し、「計画書」の作成が必要か判断する。

※予定入院の場合、外来でチェックされている内容を確認し、入院時に再スクリーニング

を実施する。外来と入院でスクリーニング結果が異なる場合、入院時の結果を優先する。
 イ 病棟看護師は、「計画書」が不要と判断した「スクリーニング表」に不要と判断した理由を記載する。

ウ 病棟クラークは、「計画書」（必要な患者のみ）、「スクリーニング表」、「療養支援計画表」を保管する。

エ 病棟クラークは、スクリーニングで「計画書」が不要と判断した患者に対して、「スクリーニング表」の原本をスキャンする。

※入院病棟が変更となる場合は、転棟先の病棟に入退院支援カンファレンスの実施の有無・看護計画の立案・支援状況について引き継ぐ。カルテに未保存の書類があれば合わせて引き継ぐ。

(3) 入退院支援カンファレンスの実施

ア 病棟看護師は、**入院後7日以内**に入退院支援担当者・その他関係職種で入退院支援カンファレンスを実施する。

イ カンファレンスではスクリーニング結果をもとに、退院に向けた課題を抽出し、必要な支援を検討し「計画書」を作成する。

ウ 病棟看護師は、カンファレンスの内容を看護記録に記載する。ACTISしおり機能で「☆入退院支援」を付ける。

エ 入退院支援担当者は、カルテのメモ欄に「●入退院支援CF」（丸は青、背景は黄色）と表記する。

オ 病棟看護師は、「計画書」作成にあたり、個別性が反映できるように支援内容についてチェックした項目には具体策を書き加える。

カ 病棟看護師は、「計画書」を作成後、患者・家族に説明・署名をもらい、看護記録に残す。看護記録には、ACTISしおり機能で「☆入退院支援」を付ける。

キ 病棟看護師は、患者・家族の署名が入った「計画書」を、病棟クラークへ渡す。

ク 病棟クラークは、「計画書」のコピーを2部とり、原本は患者・家族に渡す。コピー1部はカルテ保存用としてスキャンセンターに依頼する。もう1部は病棟で保管し、退院まで保存する。

ケ 病棟看護師は、「計画書」の作成後、「計画書」の内容を看護計画に反映する。入退院支援計画の方針が大きく変更になる場合は、改めて入退院支援カンファレンスを行い「計画書」を再作成する。

(4) 入退院支援実施確認

ア 病棟看護師は、「計画書」の内容を反映させた看護計画の評価日に、計画・支援が実施されていることを確認したうえで算定対象者として「計画書」の余白（左上）に【算定あり】と記入し病棟クラークへ渡す。

イ 計画・支援が実施されていない場合は、次回の評価日に実施状況を再評価する。

(5) 退院

ア 病棟看護師は、退院先を看護記録に記載する。

イ 退院確定後、病棟クラークは、【算定あり】の「計画書」（コピー）を会計担当に渡し、【算定なし】の「計画書」（コピー）は理由を記入し、病棟担当の支援室看護師に渡す。

(6) 会計担当

会計担当者は、【算定あり】の「計画書」（コピー）と特別処置伝票をもとに入退院支援加算の算定をする。

※目標とした計画・支援が終了していなくても、介入した実績が確認できれば、算定対象となる。

※死亡退院・もしくは退院直後に施設入所の場合は算定不可。医事・診療情報管理課が最終的に算定可能かを判断する。

2018. 8月作成（退院・在宅医療支援室）

2020. 4月修正（退院・在宅医療支援室）

2020. 7月修正（退院・在宅医療支援室）

2021. 7月修正（退院・在宅医療支援室）

2023. 3月修正（退院・在宅医療支援室）

2026. 3月修正（退院・在宅医療支援室）

用語の定義を以下とする ㉞入院SCスクリーニング用紙 ㉟療養支援計画書 ㊱入退院支援計画書

1. 入院決定

- ①医師が入院を決定
- ②外来クリニックが、予定入院患者に各科独自の書類を渡す。

2. 入院SC

- ①入院SCのクラークが、全科共通の入院書類を渡す。
- ②入院SC看護師が、「㉞」を用いてスクリーニングを実施する。
- ③入院SC看護師は、患者・家族と入院時支援の面談を実施する。実施後はカルテ経過表メモ欄に「●」を記入し、「㉞」を記入する。
- ④スクリーニング表にチェックがついた項目について聞き取りを行い、退院困難要因を具体化し、「㉞」を作成する。
- ⑤多職種への介入が必要と判断した場合は依頼する。依頼を受けた担当部署は、入院前又は入院後に介入し診療録へ記録をする。
- ⑥入院SC看護師は、「㉞」の内容を患者・家族へ説明し署名してもらい、1部コピーを取って、原本は患者・家族へ渡す。
- ⑦入院SC看護師は、退院困難となり得る事項、病棟看護師と情報共有が必要な内容を、患者DBへ記載する。
- ⑧入院SC看護師は、「㉞」①と「㉞」②のコピーをファイルに入れて入院まで保管する

3. 入院前患者情報の確認

- ・入院前日または当日に、外来看護記録・入院時支援実施時はその記録・「㉞」④より患者情報を確認・共有し、初期看護計画に反映させる。

4. 入退院支援スクリーニングの実施

<緊急入院の場合>

- ①病棟クラークは、緊急入院の患者に「㉞」をACTISより印刷し、病棟看護師に渡す。
- ②入院後3日以内に、病棟看護師がアナムネを参考に、「㉞」のスクリーニングを実施する。

<予定入院の場合>

- ①病棟看護師は、入院後3日以内に「㉞」を用いて再スクリーニングを行う。外来と入院時とでスクリーニング結果が異なる場合、入院時を優先し入退院支援カンファレンスが必要と判断する。
- ②病棟看護師は、「㉞」を作成後、「㉞」(ある場合)と一緒に病棟クラークへ渡す。
- ③病棟クラークは、スクリーニングで入退院支援カンファレンスが必要と判断された場合、「㉞」をACTISより印刷し、「㉞」④「㉞」⑤を保管する。
- ④入退院支援カンファレンスが不要と判断した場合、「㉞」にその理由を明記し、原本をカルテ保存としてスキャンセンターに依頼する。
- ⑤入院病棟が変更になる場合は、転棟先の病棟に「㉞」④「㉞」⑤のうち、カルテに未保存の書類と、入退院支援カンファレンス実施の有無・看護計画

5. 入退院支援カンファレンスの実施

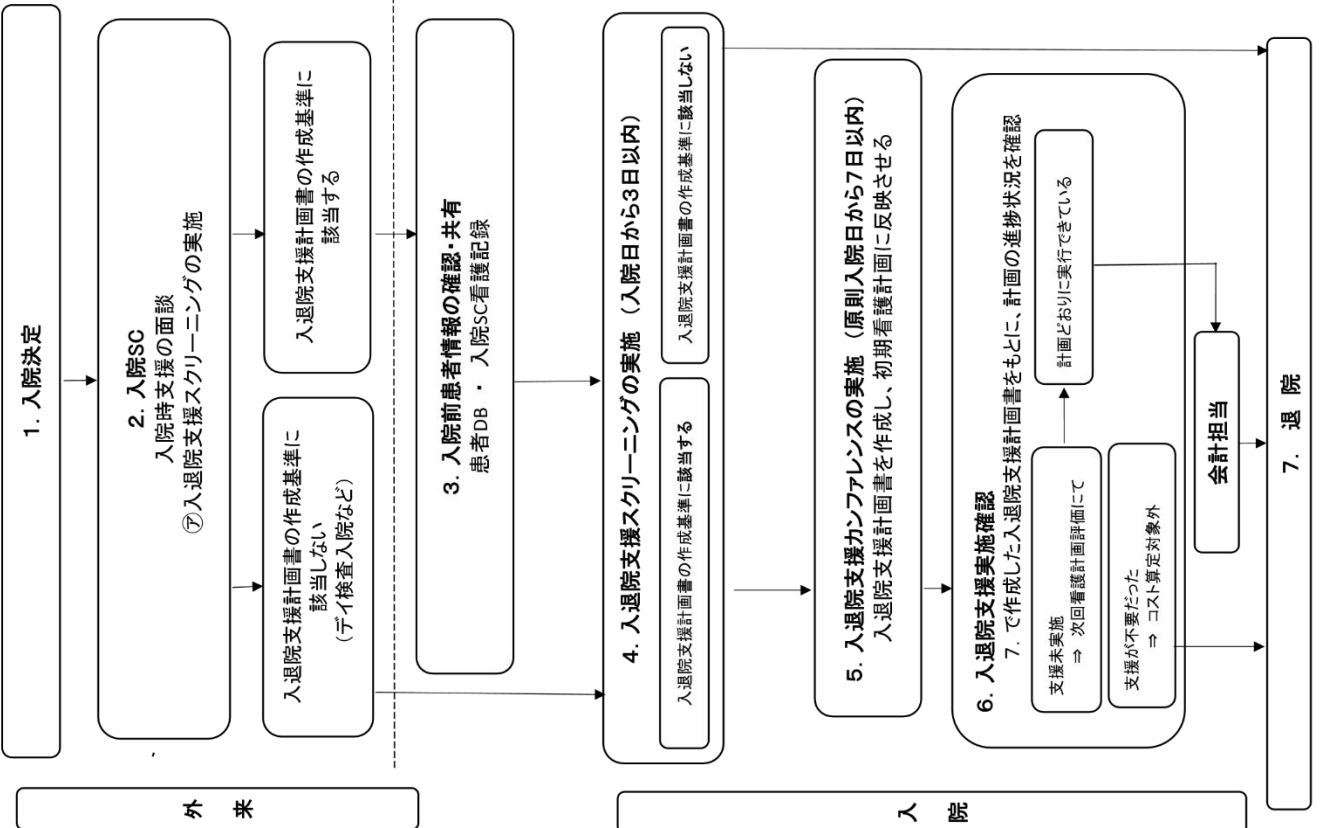
- ①原則入院後7日以内に入退院支援カンファレンスを実施する。スクリーニング結果をもとに退院に向けた課題を関係職種で共有し、必要な支援を検討し、「㉞」を作成する。(看護記録のテンプレートあり、しおり機能で「☆入退院支援」を付ける。)
- ②病棟看護師は、カンファレンスの内容を看護記録に記載する。(看護記録の内容を説明し、署名を得て、病棟クラークへ渡す。)
- ③入退院支援担当者は、カルテメモ欄に「●」を記入し、「㉞」を記載し、「㉞」にその理由を明記し、原本をカルテ保存としてスキャンセンターに依頼する。
- ④病棟看護師は、「㉞」を作成後、患者・家族に計画書の内容を説明し、署名を得て、病棟クラークへ渡す。
- ⑤病棟看護師は、「㉞」の支援内容を、看護初期計画に反映させて、実践内容を看護記録に記載する。
- ⑥病棟クラークは、「㉞」②のコピーを2部とする。原本は患者・家族に渡す。コピーは「㉞」①と「㉞」②と一緒に病棟で保管する。

6. 入退院支援実施確認

- ①病棟看護師は、「㉞」の内容を反映した看護計画の評価時に、支援内容・計画の進捗状況を確認する。
- ②確認できた場合、加算算定対象とするため、コピーした「㉞」の余白(左下)に「算定あり」と記載し、病棟クラークへ渡す。
※目標とした計画・支援が終了していても、介入した実績が確認でき、記録があれば算定対象とする。
- ③病棟クラークは、入院目的の手術などが終了後、「㉞」①と「㉞」②のコピーを、カルテ保存用としてスキャンセンターに依頼する。
※スキャンするタイミング：外科系はカンファレンスと手術が終了後に3種の書類をまとめてスキャンが望ましい
内科系はカンファレンス後に3種の書類をまとめてスキャンが望ましい

7. 退院

- ①病棟看護師は、退院先(自宅、他医療機関、施設)を看護記録に残す。
- ②病棟クラークは、「算定あり」の「㉞」②のコピーを会計担当へ提出する。
「算定無し」のものは退院後、その理由を記載して病棟担当の支援室看護師へ提出する。



4 新生児入退院支援

新生児入退院調整運用基準

(1) 目的

新生児集中治療室で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、こども医療センター退院支援の指針に準じ、適切な退院先に退院できるように退院調整を行う。

(2) 入退院支援加算3の算定対象

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

※退院困難な要因（診療報酬以下点数表より抜粋）

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1500g未満
- エ 新生児仮死（Ⅱ度以上のもの）
- オ その他生命に関わる重篤な状態

(3) 運用基準

入院後72時間以内にスクリーニングを行い、支援が必要とされた患者に対して入院後7日以内に退院支援カンファレンスを開催し、退院支援計画書を作成する。カンファレンスの内容については退院支援計画を用いて家族へ説明する。退院支援計画書への署名をもって、家族の同意を得た患者に対し、退院時に以下の入退院支援加算を算定する。

ア NICU（新生児集中治療室）に入室した患者：入退院支援加算3（1200点）

イ 他施設のNICUから当院のNICUで転院を受け入れた患者：

入退院支援加算3（1200点）

ウ 新生児病棟に入院または他施設から新生児病棟で転院を受けた患者：

入退院支援加算1

※原則として、一度NICUに入室した患者が転棟する場合は「新生児入退院支援計画書」を転棟先の病棟に引き継いで退院支援計画書の作成を行う。但し、NICUに入室した日に日付を越えずに転棟した患者、紹介元の施設に一度バックトランスファーし再度NICUに入院した場合には入退院支援加算3を算定することはできない。

(4) 手順

ア 病棟クランクは、電子カルテ文書より、「新生児入退院支援スクリーニング表」と「新生児入退院支援計画書」を1部印刷し、入院カルテのクリアポケットに保管する。

イ NICUに入院する患者全員を対象に、入院後3日以内に、病棟看護師が「新生児入退院支援スクリーニング表」または「入退院支援スクリーニング表」を記載し、

病棟クラークに提出する。クラークは1部コピーし、入退院・在宅医療支援室へ提出する。

ウ スクリーニング表の退院支援が必要な項目に1つでも○がいたら原則プライマリー看護師が退院支援カンファレンスの日程調整を行い、入院後7日以内に「新生児入退院支援計画書（加算3の場合）を作成する。退院支援カンファレンスは多職種（医師、病棟看護師、ソーシャルワーカー、新生児退院調整看護師、臨床心理士等）で行う。カンファレンス終了後、退院支援計画担当者は計画書にサイン、押印をする。

エ 計画作成後、入退院支援計画書の内容を家族に説明し、家族から署名をもって同意を得る。署名をもらった計画書は速やかに病棟クラークへ提出する。その後病棟クラークは2部コピーする。

オ 病棟看護師は原本を家族控えとして家族に渡す。

カ 病棟クラークは、退院が決定したら「新生児入退院支援計画書」のコピー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1枚を退院時に特別処置伝票とともに医事・診療情報管理課会計担当（委託部門）に渡す。

キ 病棟看護師は、看護記録に退院先を明記する（診療報酬上の必要事項）

ク 医事・診療情報管理課会計担当は、「新生児入退院支援計画書」のコピー・特別処置伝票で算定する。医事・診療情報管理課が最終的に算定可能か判断する。

(5) その他

診療報酬上は、退院支援が必要な患者のスクリーニングは入院7日以内、退院支援計画の作成は入院後1か月以内とされているが、院内規定でスクリーニングは3日以内、退院支援計画の作成は入院後7日以内と定めている。ゴールデンウィークや年末年始等の長期休暇は新生児退院調整看護師の指示に従って退院支援カンファレンスの日程調整を行う。

2010.9月作成（地域医療連携室）

2012.8月修正（地域医療連携室）

2013.6月修正（退院・在宅医療支援室）

2014.4月修正（退院・在宅医療支援室）

2016.4月修正（退院・在宅医療支援室）

2019.3月修正（退院・在宅医療支援室）

2020.5月修正（退院・在宅医療支援室）

2023.3月修正（退院・在宅医療支援室）

2026.1月修正（退院・在宅医療支援室）

5 看護概要連携システム

(1) 目的

患者が必要なケア・看護が継続して受けられるよう看護概要を活用し、連携を行う。

(2) 内容

訪問看護ステーション等を利用している患者で、ご家族が入院看護概要の情報提供に同意している場合は原則退院時に病棟看護師がご家族に入院看護概要を手渡しする。手渡しが出来なかった場合は病棟から送付する。退院後は入退院・在宅医療支援室が訪問看護師等からの問い合わせ窓口となり、病棟看護師と訪問看護師等との橋渡しを行う。

(3) 対象

ア 退院後、訪問看護ステーション等を利用する患者

イ 訪問看護ステーション等を利用している地域との連携が必要な患者

(訪問看護ステーション等とは、児童発達支援、放課後等デイサービス、学校等、看護師が在籍している事業所をいう)

(4) 連携方法

【訪問看護ステーション等から病院】

ア 訪問看護ステーション等から訪問看護概要が送付されてきた場合

(ア) 入退院・在宅医療支援室は訪問看護師からの訪問看護概要を受領

(イ) 入退院・在宅医療支援室看護師は複写を1枚取り、原本はスキャンセンターにスキャンを依頼する。

(ウ) 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。

イ 訪問看護ステーション等からの訪問看護概要を入院時病棟に手渡しされた場合

(ア) 病棟看護師は訪問看護師からの訪問看護概要を受領し、内容を確認後病棟クランクへ渡す。

(イ) 病棟クランクは複写を1枚取り、原本はスキャンセンターにスキャンを依頼する。

(ウ) 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。

【病院から訪問看護ステーション等】

ア 病棟看護師は、家族が利用している地域の関係機関の最新情報を確認する。

イ 入退院支援カンファレンスで訪問看護師等への入院看護概要による連携を検討する。

ウ 入院看護概要での連携が必要と判断した場合、病棟看護師は、入院看護概要を用いた連携の必要性について家族へ説明し、同意書の記載を依頼する。

※看護概要送付同意書がカルテ内に保存され変更がない場合は、新たに取得は不要。

※看護概要は、病院と地域の看護師等で必要な情報共有で、地域支援者は病院からの看護概要を参考に看護を提供している。そのため、原則、家族の希望で看護概

要を送付しない、ということはない。

エ 地域の関係機関の最新情報、看護概要同意書の確認をしたら、患者プロフィールの社会情報を更新する。

オ 病棟クラークまたは病棟看護師は家族から同意書を受け取って、スキャンセンターにスキャンを依頼する。

カ 病棟看護師は病棟看護科長に承認を得て退院時に家族へ入院看護概要を手渡しする。

※送付に関しては、個人情報であり、住所間違いなどのトラブル発生のリスクがあるため、手渡しを原則とする。

※退院時に手渡しができなかった場合、病棟が責任をもって、入院看護概要を送付する。

キ 入院看護概要を送付する場合の手順は以下のとおりとする。

(ア) 看護概要送付同意書をカルテ内確認

(ない場合は、家族に口頭で承諾を得て、次回入院時等に看護概要送付同意書を申請してもらう)

(イ) 病棟はご家族に看護概要を送付することを伝え、以下の項目を家族に確認する

- ・看護概要を交付する関連機関（訪問看護ステーション、放課後デイサービス等）
- ・看護概要合計数
- ・送付先（自宅等）

(ウ) KCMCの封筒に看護概要を封印、送付先の住所を記載する。差出病棟を明記する。（封筒は各病棟または総務課）

(エ) 総務課にある発送伝票を記入し、送付先の住所を記載した封筒を「総務の郵便入れ」に提出する

(オ) 病棟は、看護記録に看護概要を送付したことを記録する。

※原則、医師が在籍している医療機関宛ての医療情報提供（看護概要を含む）は、同意書は不要となる。訪問看護、放課後デイ、保育園等は医師が常駐しておらず、生活情報の共有となるため、【訪問看護ステーション等への看護概要情報提供に関する同意書】を運用している（2026. 1医療情報管理室に確認）

2010年3月作成

2012年3月12日改定

2013年4月1日改定

2019年12月改定在宅医療審査会

2026年3月改定

Ⅲ当センターにおける在宅医療機器

1 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（令和7年12月現在）	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 チアノーゼ型先天性心疾患（520点） チアノーゼ型心疾患以外（2400点）	必要		
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1（2250点） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2（250点）	必要		
在宅自己腹膜灌流指導管理料（4000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		
在宅麻薬等注射指導管理料（1500点） 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料（1500点） 在宅強心剤持続投与指導管理料（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＞ 月27回以下の場合（650点） 月8回以上の場合（750点）	必要		

2 手続き

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・診療情報管理課）

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）
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患)	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）
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 (ポンプ使用の場合)	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）
在宅麻薬等注射 指導管理料	①在宅麻薬等注射開始の申請書（様式8-1） ②在宅麻薬等注射の処方（様式8-2） ③在宅麻薬等注射に関する説明書（様式8-3） ④在宅麻薬等注射指導に関する同意書（様式8-4）

<p>在宅腫瘍化学療法 注射指導管理料</p>	<p>在宅腫瘍化学療法注射開始の申請書（様式8-7） 在宅腫瘍化学療法注射の処方（様式8-8） 在宅腫瘍化学療法注射の説明書（様式8-9） 在宅腫瘍化学療法注射に関する同意書（様式8-10）</p>
<p>在宅強心剤持続投与 指導管理料</p>	<p>在宅強心剤持続投与開始の申請書（様式8-13） 在宅強心剤持続投与の処方（様式8-14） 在宅強心剤持続投与に関する説明書（様式8-15） 在宅強心剤持続投与に関する同意書（様式8-16）</p>
<p>在宅自己注射 （インスリン間歇注入）</p>	<p>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）</p>
<p>在宅自己注射 （免疫グロブリン製剤）</p>	<p>①在宅自己注射（免疫グロブリン製剤）開始の申請書（様式12-1） ②在宅自己注射（免疫グロブリン製剤）の処方（様式12-2） ③在宅自己注射（免疫グロブリン製剤）に関する説明書（様式12-3） ④在宅自己注射（免疫グロブリン製剤）に関する同意書（様式12-4）</p>

<開始申請時の事務手続きの流れ>

！新規設置に限らず、他院から来た、在宅機器使用中の患者についても申請書類・同意書が必要です。

- ①主治医は、申請書類・同意書を医事・診療情報課へ提出する。
- ②医事・診療情報管理課から業者に提出する。

※申請書類様式電子カルテ→文書フォルダ→在宅医療→各在宅医療機器

医師	医事・診療情報管理課 (在宅医療担当者) 内線3121～3125	業者
申請書類・同意書提出	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">申請書</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">➔</div> <ul style="list-style-type: none"> ・業者に依頼 ・電子カルテへスキャン取り込み ・原本保管 </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">依頼</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">➔</div> <div>機器の設置</div> </div>

- ※申請書類と合わせて、同意書の提出も忘れずお願いします。
- ※在宅医療機器は在宅機器診材小委員会の導入の承認を得たものに限りします。
- ※医事・診療情報管理課は申請書含む書類一式のスキャンを行い電子カルテに保存し、原本保管してください。

(2) 変更届 (用紙の保管及び提出先：医事・診療情報管理課)

＜提出書類＞

種類	提出書類
在宅酸素療法 (チアノゼ [®] 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 (ポンプ [®] 使用の場合)	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)
在宅点滴療法 (PCA)	在宅麻薬等注射の変更届 (様式8-5) 在宅腫瘍化学療法注射の変更届 (様式8-11) 在宅強心剤持続投与の変更届 (様式8-17)
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 (チアノゼ [®] 型心疾患)	在宅酸素療法の変更届 (様式10-4)
在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤)	在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤) の変更届 (様式12-5)

<変更時の事務手続きの流れ>

！機種変更時などにおいては、変更届が必要です。

- ①主治医は、変更届を医事・診療情報課へ提出する。
- ②医事・診療情報管理課から業者に提出する。

※変更届様式電子カルテ→文書フォルダ→在宅医療→各在宅医療機器

医師	医事・診療情報管理課 (在宅医療担当者) 内線3121～3125	業者
申請書類・同意書提出	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">変更届</div> <div style="margin-right: 10px;">→</div> <ul style="list-style-type: none"> ・業者に依頼 ・電子カルテへスキャン取り込み ・原本保管 </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">依頼</div> <div style="margin-right: 10px;">→</div> <div style="padding: 0;"> <p>旧機器の撤去</p> <p>新機器の設置</p> </div> </div>

※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りします。

※医事・診療情報管理課は変更届含む書類一式のスキャンを行い電子カルテに保存し、原本保管してください。

(3) 中止(終了)報告(用紙の保管及び提出先:医事・診療情報管理課)

<提出書類>

種類	提出書類
在宅酸素療法 (チアノゼ [®] 型心疾患以外)	在宅酸素療法中止届(様式1-5)
在宅酸素療法 (チアノゼ [®] 型心疾患)	在宅酸素療法中止届(様式10-5)
在宅人工呼吸療法	在宅人工呼吸療法中止届(様式2-6)
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法中止届(様式3-6)
在宅自己腹膜灌流	在宅自己腹膜灌流中止届(様式4-6)
在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法 (ポンプ使用の場合)	在宅成分栄養経管栄養法中止届(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中止届(様式7-6)
在宅点滴療法(PCA)	在宅麻薬等注射中止届(様式8-6) 在宅腫瘍化学療法注射中止届(様式8-12) 在宅強心剤持続投与中止届(様式8-18)
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)中止届 (様式9-6)
在宅酸素療法 (チアノゼ [®] 型心疾患)	在宅酸素療法中止届(様式10-5)
在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤)	在宅自己注射(免疫グロブリン製剤)中止届 (様式12-6)

<中止時の事務手続きの流れ>

! 他院やクリニックへの移管時も、中止届が必要です。

- ①主治医は、変更届を医事・診療情報課へ提出する。
- ②医事・診療情報管理課から業者に提出する。

※中止届様式電子カルテ→文書フォルダ→在宅医療→在宅医療機器

医師	医事・診療情報管理課 (在宅医療担当者) 内線3121～3125	業者
申請書類・同意書提出	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">中止届</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ・業者に依頼 ・電子カルテへスキャン取り込み ・原本保管 </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">依頼</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">機器の撤去</div> </div>

※医事・診療情報管理課は中止届含む書類一式のスキャンを行い電子カルテに保存し、原本保管してください。

参考：医事・診療情報管理課管轄

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

別表 1

種類	提出書類
在宅酸素療法 (F_{iO_2} 型心疾患以外)	在宅酸素療法に関する説明書 (様式1-2)
在宅酸素療法 (F_{iO_2} 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)
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)
在宅点滴療法 (PCA)	在宅麻薬等注射に関する説明書 (様式8-3) 在宅腫瘍化学療法注射に関する説明書 (様式8-9) 在宅強心剤持続投与に関する説明書 (様式8-15)
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)
在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤)	在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤) に関する説明書 (様式12-3)

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)	在宅酸素療法開始の申請書 (様式1-1) 在宅酸素療法に関する同意書 (様式1-3)
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患)	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) 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)
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法開始の申請書 (様式3-1) 在宅持続陽圧呼吸療法の処方 (様式3-2) 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	在宅自己腹膜灌流開始の申請書 (様式4-1) 在宅自己腹膜灌流の処方 (様式4-2) 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	在宅成分栄養経管栄養法開始の申請書 (様式5-1) 在宅成分栄養経管栄養法の処方 (様式5-2) 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	在宅中心静脈栄養法開始の申請書 (様式6-1) 在宅中心静脈栄養法の処方 (様式6-2) 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	在宅肺高血圧症患者管理開始の申請書 (様式7-1) 在宅肺高血圧症患者管理の処方 (様式7-2) 在宅肺高血圧症患者管理に関する同意書 (様式7-4)
在宅点滴療法 (PCA)	在宅麻薬等注射開始の申請書 (様式8-1) 在宅麻薬等注射の処方 (様式8-2) 在宅麻薬等注射に関する同意書 (様式8-4) 在宅腫瘍化学療法注射開始の申請書 (様式8-7) 在宅腫瘍化学療法注射の処方 (様式8-8) 在宅腫瘍化学療法注射に関する同意書 (様式8-10) 在宅強心剤持続投与開始の申請書 (様式8-13) 在宅強心剤持続投与の処方 (様式8-14) 在宅強心剤持続投与に関する同意書 (様式8-16)
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)開始の申請書 (様式9-1) 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)
在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤)	在宅自己注射(免疫グロブリン製剤)開始の申請書 (様式12-1) 在宅自己注射(免疫グロブリン製剤)の処方 (様式12-2) ③在宅自己注射(免疫グロブリン製剤)に関する同意書 (様式12-4)

別表 3

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1-4)
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患)	在宅酸素療法(小型酸素ボンベのみ)の変更届 (様式10-4)
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・在宅小児経管栄養法 (ポンプ使用の場合)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)
在宅点滴療法 (PCA)	在宅麻薬等注射指の変更届 (様式8-5) 在宅腫瘍化学療法注射の変更届 (様式8-11) 在宅強心剤持続投与の変更届 (様式8-17)
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)
在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤)	在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤)の変更届 (様式12-5)

別表4

種類	提出書類
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患以外)	在宅酸素療法中止届 (様式1-5)
在宅酸素療法 (チアノーゼ型心疾患)	在宅酸素療法(小型酸素ボンベのみ)中止届 (様式10-5)
在宅人工呼吸管理	在宅人工呼吸管理中止届 (様式2-6)
在宅持続陽圧呼吸療法	在宅持続陽圧呼吸療法中止届 (様式3-6)
在宅自己腹膜灌流	在宅自己腹膜灌流中止届 (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・在宅小児経管栄養法 (ポンプ使用の場合)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中止届 (様式7-6)
在宅点滴療法 (PCA)	在宅麻薬等注射中止届 (様式8-6) 在宅腫瘍化学療法注射中止届 (様式8-12) 在宅強心剤持続投与中止届 (様式8-18)
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) 中止届 (様式9-6)
在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤)	在宅自己注射 (免疫グロブリン製剤) 中止届 (様式12-6)

IV 当センターにおける在宅医療にかかる診療材料

1 在宅医療にかかる診療材料に関する考え方

(1) 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

(2) 在宅療養指導管理料の算定ルールについて

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。（なお、同月に退院日と外来日があった場合はどちらかしか払い出せない）

（例：6月2日と6月30日→×6月2日と7月1日→○）

在宅療養指導管理料は、高い点数のものを、1つしか算定できない。

機器の加算を算定するために、該当する指導管理料が算定できる場合は、医療機器の貸し出しが可能である。

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。

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）

(3) 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とする。

複数の在宅療養指導管理料が適用される場合、他院と当院間での複数管理はせず、一元化すること。（例：他院では在宅自己注射指導管理料を管理。当院は在宅酸素療法指導管理料を管理。別々に管理することが困難なため、一元化とする）

参考：医事・診療情報管理課管轄の在宅医療に係る診療材料検討小委員会設置要綱

2026年3月改訂

V 在宅における人工呼吸療法(TPPV)について

人工呼吸療法 (TPPV) 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）を開始する子ども・家族が、在宅移行に向けて必要なケアを受けるために活用する
- (2) 在宅医療審査会（以下、審査会）での検討に活用する
- (3) 子ども・家族、医療者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

TPPVを導入する患者とその家族

3 TPPV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は開始される。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、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・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、いつでもスタッフに話してほしいことを伝える。
- (3) 子ども・家族、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) TPPV家族向けケアチェックシートはA4サイズに印刷して、医療者も確認できるようにベットサイドに置き、病棟看護師が使用方法を説明する。
- (5) TPPV医療者用ケアチェックシートはACTIS上に保存をして運用する。追記する場合は上書き保存をする。

4 活用の手順

STEP 0 在宅検討期

- (1) 在宅療養の可能性について、医療者カンファレンスを行う。参加者は、主治医、看護科長と看護師、ソーシャルワーク室（以下相談室とする）、入退院・在宅医療支援室（以下、支援室とする）、コメディカル等、必要な職種とする。
- (2) 在宅療養の可能性について、医師からの説明を行い、子ども・家族へ多職種で意思確認を行う。その際、在宅人工呼吸療法の説明（別紙1）や在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書（様式2-4）を使用しても良い。

様式2-4：ACTIS文書→在宅人工呼吸器

→在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書

- (3) 子ども・家族の意思確認をした上で審査会のエントリーを行う。

エントリーは以下の手順で行う。

ア主治医は審査会の1週間前までに座長にエントリーを相談し、了承を得る。

イ主治医は事務局担当（支援室）に連絡し、エントリーシートを審査会の前週の金曜までに入力する。

【1回目の審査会（エントリー）で必要となる書類】

- (4) 審査会には、主治医、病棟科長、病棟看護師（プライマリーナースが望ましい）が出席し、病状、在宅人工呼吸器の必要性、家族の受け止めなどのエントリーまでの経緯を説明する。エントリーの承認が得られた後、プロジェクトチームを結成する。

チームメンバー：主治医、座長の指名した審査会の医師、病棟看護科長、病棟看護師、相談室、支援室、CE、コメディカルなど

STEP 1 院内外泊準備期

- (5) エントリー承認後、プライマリーナースが主体となり、プロジェクトチームのカンファレンスの日程調整を行う。プライマリーナースはTPPV書類一式・TPPV家族向けケアチェックシートを印刷し、準備しておく。TPPV医療者用ケアチェックシートはACTIS内で保存し、各職種によりチェックを入れ、上書き保存をして使用する。

※しおり機能を使用し、「☆TPPVケアチェックシート」としておくと良い。

- (6) TPPVケアチェック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。

ア 審査会エントリー後、プロジェクトチームで定期的にカンファレンスを開き、情報交換、課題の共有、退院時期の目標などの確認を行なう。

イ プロジェクトチームの紹介を子どもと家族に行なう。（別紙3）別紙3は原本をご家族に渡し、コピー分をスキャンセンターに回す。

ウ TPPVケアチェックシートに沿ってそれぞれの役割が連携し、子ども・家族と共にケアを進めていくことや審査会について子どもと家族に説明を行う。

エ プライマリーナースはケアの継続性を図ることが最も重要となるため、複数名おくことが望ましい。進行状況はいつでも確認できるように病棟全体で共有しておく。

- (7) 院内外泊に向けて指導をすすめる。

ア TPPV退院指導経過表（別紙4）に沿って技術指導をすすめる。

イ 24時間ケア・生活プラン一覧表（別紙5）を子ども・家族と作成し、退院後も継続可能なプランを検討する。

※棟内外泊で継続可能なプランであるかを評価するため、棟内外泊前には検討が済んでいることが望ましい。

- (8) 救急蘇生方法の指導：棟内外泊前に原則として主治医が行う。

指導後は「緊急対応訓練に関する実施報告書」を作成し、カルテにスキャンする。

- (9) 緊急時の連絡方法を確認する。

※自宅外泊前には確認が済んでいるようにする。

ア 緊急時連絡カードを作成して子ども・家族に渡し、緊急時にはそのまま読み上げるように子ども・家族に指導する。緊急時持参するものをリストアップし、子ども・家族が準備できたかを病棟看護師は確認する。

イ 受診機関・関係機関が分かりやすいようにしておく。

- (10) 審査会の前週金曜日までに、プライマリーナースはTPPVケアチェックシートと家族向けケアチェックシートの「STEP1院内外泊準備期」のチェック欄が全て埋まるように指導や確認をする。書類は必要時審査会で提示できるよう準備しておく。

※STEP1のチェック欄とTPPV退院指導経過表（別紙4）のサイン欄が全て埋まっていなく

でも審議は可能であるが、チェックや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チェックや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。

【2回目の審査会（院内外泊の許可申請）までに確認しておく書類】

TPPV医療者用ケアチェックシート（電子カルテ上で入力を確認）

TPPV家族向けケアチェックシート（紙ベースで入力を確認）

TPPV退院指導経過表（別紙4）（紙ベースでサイン欄が埋まっているか確認）

STEP 2 自宅外泊準備期

(11) 子ども・家族が院内外泊室にて外泊を行い、自宅外泊と退院に向けて評価と課題の抽出をする。

ア チーム内で持ち帰り物品リスト（別紙6-1・6-2）を作成する。

イ 退院前訪問を行い、自宅環境の確認を行う。訪問は必要な職種を検討して行う。（主治医、プライマリーナース、相談室、支援室など）

在宅医療の手引き「退院前訪問」参照：ACTIS文書→在宅医療→退院前訪問

ウ 「お子さんがTPPVをもって生活を始めるにあたって」（別紙7）を用いて、主治医が看護師同席のもと、子ども・家族に在宅療養の確認をする。

エ 退院指導経過表（別紙4）をもとに継続して指導を進める。

(12) 自宅外泊に向けて移動の方法等を検討する。

ベビーカー・バギー・車への移乗練習の調整はPTと行う。移乗練習は主治医、病棟看護師が同席し、PTと共に評価し、子ども・家族へフィードバックする。外出は主治医の判断にて行う。

(13) 地域関連機関を交えての退院前の合同カンファレンスを開催する。

調整可能であれば退院前1ヶ月以内、自宅外泊前が望ましい。合同カンファレンスは外来看護師にも必ず連絡し、出席可能か確認する。合同カンファレンスの資料（退院時共同指導説明書・カンファレンスで使用した参考資料など）は電子カルテに取り込む。

(14) プライマリーナースは、審査会の前週金曜日までにTPPVケアチェックシートと家族向けケアチェックシートのSTEP2のチェック欄が全て埋まっているか進捗状況の確認をする。書類は必要時審査会で提示できるよう準備しておく。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後、自宅外泊となる。

※STEP2までのチェック欄とTPPV退院指導経過表（別紙4）の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、チェックや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チェックや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。

【3回目の審査会（自宅外泊兼退院の許可申請）までに確認しておく書類】

TPPV医療者用ケアチェックシート（電子カルテ上で入力を確認）

TPPV家族向けケアチェックシート（退院許可申請までする場合は、家族のサイン必須）

TPPV退院指導経過表（別紙4）（紙ベースでサイン欄が埋まっているか確認）

お子さんがTPPVをもって生活を始めるにあたって（別紙7）

STEP 3 退院準備期

(15) 自宅外泊後の評価をプロジェクトチームで行い、退院日、退院後訪問、医療評価入院の時期を検討する。

※3回目の審査会で退院の許可を得られていない場合、4回目の審査会で承認を受けて退院となる。提出する書類は3回目の審査会と同様である。

(16) 退院後訪問は、地域関係機関との連携や退院後の療養生活の調整の目的のため行う。退院後訪問は、退院後1か月以内に支援室、病棟看護師が同行し、地域関係機関（訪問看護や在宅医等）の訪問日に行う。

（詳細は「退院後訪問」参照：ACTIS文書→在宅医療→退院後訪問看護）

STEP 4 在宅移行期

(17) 初回外来は必ず、外来看護師が診察時に同席し、在宅療養について確認をする。

(18) 退院1ヵ月後程度を目安に医療評価入院を行う。

病棟看護師は、医療評価入院中に在宅療養生活の評価を含めたチームカンファレンスを開催する。カンファレンスにてケアチェックシートを完成させる。

(19) 以下の書類の原本は病棟からスキャンセンターに回して電子カルテに取り込む。

【電子カルテに取り込む書類】

TPPV医療者用ケアチェックシート

（電子カルテからプリントアウトし、主治医、座長のサインをもらう）

TPPV家族向けケアチェックシート（座長のサインをもらう）

在宅人工呼吸管理を検討中のご家族へ（別紙3）

退院指導経過表（別紙4）

お子さんがTPPVをもって生活を始めるにあたって（別紙7）

5 在宅人工呼吸器の申請の仕方

(1) 書類の提出先

申請書は、導入することが正式に決まった時点で、主治医が医事・診療情報管理課に提出。幹部の決裁を受けた後、医事・診療情報管理課は原本を保管し、コピーをスキャンセンターに回すと同時に経営企画課に報告する。

【主治医が医事・診療情報管理課に提出する書類】

在宅人工呼吸療法開始の申請書（様式2-1）原本

在宅人工呼吸療法の処方（様式2-2）原本

在宅人工呼吸療法に関する同意書（様式2-4）原本

ACTIS文書→在宅医療→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書）

(2) 主治医が人工呼吸器業者に連絡する

人工呼吸療法 (TPPV) のフロー図

※概要のみ載せているため、詳細は運用マニュアルやケアチェックシート等を参照してください。



緊急時連絡カード

☆救急車に伝える内容

①今どんな状態か？

②お名前③年齢

④住所

⑤かかりつけ病院

☆緊急時子ども医療センターに連絡をした時に伝える内容

①お名前②診察券の番号

③何科の誰が主治医か？

④現在の様子

☆持ち物リスト

- 診察券 保険証 母子手帳 人工呼吸器 蘇生用バッグ 吸引セット(吸引器・バッテリー・吸引チューブ・アルコール綿・水)
- 気管カニューレ(いつものサイズとIサイズ小さなカニューレ)
- カニューレバンド Yガーゼ 潤滑剤(カテゼリー・KYゼリー)
- ハサミ 人工鼻 携帯用酸素 オムツ

☆かかりつけ医療機関

電話日 中 科 医 師

夜間

(別紙1) TPPV・NPPV用
在宅人工呼吸療法の説明

- 病状と在宅人工呼吸管理の必要性などの説明（主に医師から）
- 人工呼吸器の一般的説明（主にMEから）
- 実際に使用する人工呼吸器固有の説明（業者からでもいいが医療者同席必須）

医師からの説明

以下の点について、患者さんの状態に合わせて説明して、その内容を病院所定の説明書に記載する。
なお退院支援チームについては、各担当者が記名した書式を手渡して説明する。

- 1 病状の上から継続的な人工呼吸管理（在宅人工呼吸）が必要な理由
- 2 在宅人工呼吸を行わない場合の選択肢
- 3 人工呼吸管理を行うメリットとデメリット
- 4 使用する人工呼吸の方式について（なぜTPPV/NPPVなのか？）
 - (1) TPPV
 - ・気管切開に関する説明
 - (2) NPPV
 - ・小児用マスクに関する注意事項と同意書の取得
 - ・マスク使用中の嘔吐等のリスクにも配慮
- 5 在宅人工呼吸管理を行う上での注意点
 - (1) 日常点検
 - (2) 回路交換
- 6 加湿の必要性と注意点
 - (1) 温度センサー式電熱加湿器
 - (2) プルスルー式電熱加湿器
 - (3) 回路用人工鼻
- 7 パルスオキシメーターの使用について
- 8 在宅酸素療法との併用について
- 9 呼吸理学療法と排痰補助装置の使用について
- 10 呼吸器関連感染症について
- 11 毎月1回の受診（在宅療養指導管理料算定）の必要性について
- 12 緊急時の対処について（必要に応じて蘇生指導、病院受診と業者対応）
- 13 退院支援チームの説明と紹介（別紙3）

在宅用人工呼吸器について

1 人工呼吸とは

呼吸ができない患者さんに対して、外部から人工的に空気を肺に送り込み呼吸させてあげること。

(1)人工呼吸器の構成

ア 人工呼吸器本体:人工的に呼吸をさせる機械のことです。人工呼吸器内部にエアーコンプレッサーという空気を集めて送る装置が内蔵されています。

イ 酸素供給

- ・酸素ポンペ
- ・酸素濃縮器:大気中の空気を取り込んで、高濃度の酸素を作る機械

ウ 回路:人工呼吸器から患者さんへ空気を送るための管

エ 加温加湿器

- ・通常、吸った空気は鼻などで加温加湿されますが、人工呼吸器から送られる空気は温度が低く乾燥しています。それを加温加湿する役目をします。
※必ず蒸留水を使用し、お水がなくならないように注意が必要。
- ・人工鼻という加湿装置もあり、お水を使わずに自分の吐いた息を利用して呼吸器からの空気を加温加湿します。
※加温加湿器と併用すると、人工鼻が詰まって呼吸できなくなるので注意が必要。

(2)排痰補助装置

痰が出しづらい時に、排痰を補助する装置です。

2 呼吸方式

(1)TPPVとNPPV

ア TPPV(tracheostomypositivepressureventilation)気管切開下気道内陽圧換気
気管切開カニューレを装着している患者さんに対する人工呼吸の方式です。空気が直接気道内に送り込まれるため、自分でまったく呼吸できない患者さんにも確実な人工呼吸が可能です。

イ NPPV(noninvasivepositivepressureventilation)非侵襲的陽圧換気

マスクを通して肺に空気を送り込みます。自分でまったく呼吸ができない患者さんには使えません。また、気管切開の必要がないため負担は軽めですが、マスクが密着できないと、うまく空気を送り込む事ができません。

マスクには、鼻マスク、口鼻マスク、フルフェイスマスクなどがあります。

3 設定項目

- (1)呼吸回数:1分間に人工呼吸器が何回空気を送るのか設定します。
- (2)吸気時間:1回に何秒間空気を送るかを設定します。
- (3)最高気道内圧:「圧換気」選択時、1回の呼吸で肺にどのくらいの圧力まで空気を送るかを設定します。
- (4)1回換気量:「容量換気」選択時、1回の呼吸で肺にどれくらいの空気の量を送るかを設定します。
- (5)PEEP(positiveend-expiratorypressure)呼気終末陽圧
息を吐いた時に肺胞がつぶれてだめにならないように持続的に圧力をかけ、肺でのガス交換を改善する方法です。
- (6)呼吸(トリガー)センサー
患者さんが息を吸おうとする努力を感じ取り、それに合わせて空気を送るためのセンサーのこと、この機能を「トリガー」とも呼びます。

4 回路について

- (1)呼吸器回路の確認
回路の色や形、長さや太さなどを確認する。またそれが何処についているかも確認しておきましょう。
- (2)人工呼吸器動作中・日常の注意点
回路に亀裂、破損、ねじれがないか確認しましょう。ウォータートラップがついている場合は患者さんより低い位置にあるか、カップが下向きになっているか確認しましょう。お水が溜まったら随時捨て、再び装着する時には緩みがないように気を付けましょう。
- (3)交換時期
リユース回路、ディスポ回路それぞれ、各メーカー推奨の交換時期で回路交換を行きましょう。

※呼吸器回路はレンタルに含まれており、必要な数は各メーカーから配られます。
回路交換等で使用した場合は、忘れずメーカーへ連絡し補充して貰いましょう。

5 アラーム警報とトラブル

アラームが鳴るということは、「早急な対応が必要」であることを意味します。すぐに適切な処置を行う必要があります。

アラーム警報

(1) 低圧アラーム

ア アラームの意味

回路外れ、様々な接続部の外れ、回路破損などにより気道内圧がアラーム設定値まで上がらなくなった時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

回路の接続部の緩みや折れ曲がり、気管カニューレからの漏れなどが原因として考えられます。回路が正しく装着されているか確認してください。破損している場合は回路交換してください。

※回路の先端が患者さんではなく、お洋服や寝具に触れた状態になると気道内圧がわずかに上昇してアラームが鳴らないことがあります。気管切開口はお布団などで隠れがちですが、常に回路がきちんと接続されているか目で見えて確認するようにしましょう。

(2) 高圧アラーム

ア アラームの意味

回路や気道の閉塞などにより、気道内圧がアラーム設定値より高くなった時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

痰は溜まっていないか、呼吸回路がねじれたり、つぶれたりして閉塞していないか、確認しましょう。

※カニューレの詰まりは呼吸ができなくなり、とても危険です。早急なカニューレ交換が必要になります。

(3) 無呼吸アラーム

ア アラームの意味

患者さんの自発呼吸が少なくなった時もしくは無くなった時、設定してある無呼吸時間内に自発呼吸が感知できない時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

自発呼吸が少なくなったり、無くなったり、呼吸ができなくなっています。とても苦しい状態にあるため原因を究明し早急な対応が必要です。

トラブル回避

(1) 回路不良

呼吸器回路は毎日使用するもので、同じ場所を持ったり、同じ場所で固定したりしていると回路に癖がついてしまい、少しずつ劣化してします。そのため、五感を研ぎ澄ませ毎日注意深く回路を観察してください。

(2) 機械不良

最近の人工呼吸器には内部バッテリー、外部バッテリーのあるものが多いですが、精密機械なのでいつ止まってしまうか分かりません。また何らかの原因によって人工呼吸器が動かなくなった場合に備え、バックバルブマスク(例、アンビューマスク)を準備しておく必要があります。

(3) 加温加湿関係

加温加湿器の電源が入ってないこと、蒸留水が無くなっていることに気付かず、加温加湿されていない状態が続いてしまうことがあります。このような状況になると気道が乾き荒れてしまい、患者さんの痰が粘ちようとなって呼吸ができなくなります。また気管チューブも閉塞されてしまうことがあります。こまめに水位チェックを行いましょう。

※緊急対応

人工呼吸器が急に動かなくなってしまった時など、ご家族が対処できないようなことが起きた時に備えて、どこに連絡すればよいのか24時間対応の業者の連絡先を呼吸器のすぐ近くに貼っておくなどの工夫をしましょう。

在宅人工呼吸管理を検討中のご家族へ

お子さんがご自宅で安全に暮らしていただくために、しばらくのあいだ人工呼吸器を使用した方がよさそうである事について、別途ご説明差し上げました。しかし、ご自宅で人工呼吸器を使用する「在宅人工呼吸管理」を行う事は、ご家族にとって負担も大きくなるため、できればたくさんの方にお手伝いいただく方が少しでも負担を軽くできると思います。まずは、退院するまでにお手伝いしていくチームとして以下のメンバーをご紹介します。

主治医：中心となって診療を継続して、退院後の生活を医療の面から支援します。

医師

病棟受け持ち看護師：主治医と一緒に医療的ケアの確認をしつつ、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

看護師

在宅医療審査会（医師）：在宅医療審査会の代表としてチームの見守り役となり、チームの進むべき道筋を示すことのできるよう支援します。

医療面において、安全性や有効性、必要性について主治医とは異なる立場から検討していきます。

医師

ソーシャルワーク室（ソーシャルワーカー）：地域関係機関との連携をとりながら福祉サービスの調整をし、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

ソーシャルワーカー

入退院・在宅医療支援室（看護師）：病棟スタッフと一緒にご自宅における医療的ケアを考えつつ、地域医療機関などと連携を取りながら、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

看護師

以上のメンバー以外にもさまざまな職種が協力してお手伝いしていきますので、必要に応じてその都度ご紹介いたします。

西暦 年 月 日

TPPV退院指導経過表

	指導項目	担当者	実施日	最終確認日 (サイン)
説明	病状、在宅人工呼吸器管理の必要性の説明	Dr		
	在宅人工呼吸器の使用方法の説明	Dr		
医療 ケア の 指 導	呼吸状態の観察についての説明とその方法	Dr		
	呼吸状態など異常の早期発見の説明	Dr		
	緊急時の対応についての指導	Dr		
	アンビューバックの使用方法の説明と実施	Dr		
	口鼻腔吸引の説明と実施	Ns		
	気管内吸引の説明と実施（パンフレット使用）	Ns		
	カニューレ交換の実施	Dr		
	Yガーゼの交換	Ns		
	カニューレバンドの交換	Ns		
	吸引器の使用方法	Ns		
	パルスオキシメーターの使用方法の説明と実施	Ns		
	呼吸器回路の交換	Dr		
	加温加湿器の使用方法（吸入器）	Dr		
	使用機器の管理方法とトラブル時の対処	Dr		
在宅酸素の管理方法（酸素ボンベなどの使用方法）	Dr			
調整	自宅の環境設定についての調整	Ns・ソ・支		
	支援体制の確立にむけての調整	Ns・ソ・支		
日常 ケア	日常生活ケア ・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	Ns ソ・支 Dr		

24時間ケア・生活プラン一覧表

家族構成:

自家用車:有・無

父 同居・別居 就労:有・無 母 同居・別居 就労:有・無

兄弟/姉妹 _____才 就学:有・無 _____才 就学:有・無 _____才 就学:有・無

支援者 _____同居・別居 就労:有・無 _____同居・別居 就労:有・無

_____同居・別居 就労:有・無 _____同居・別居 就労:有・無

※家族の一日のスケジュールやケアの計画をイメージしてみましょう

時間	本人		父	母	支援者		兄弟・姉妹	
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時間ケア・生活プラン一覧表(例)

家族構成:父 母 兄 姉 本人 妹 父方祖母

自家用車 有 無

父 同居 別居 就労 有 無 母 同居 別居 就労 有 無

兄弟/姉妹 兄10才 就学 有 無 姉7才 就学 有 無 妹3才 就学 有 無

支援者 父方祖母 同居 別居 就労 有 無 ①母方祖母同居 別居 就労 有 無

※家族の一日のスケジュールやケアの計画をイメージしてみましょう

時間	本人	父	母	支援者 (①祖母)	兄弟・姉妹 兄	姉	妹
0時							
1							
2							
3							
4							
5			起床	起床			
6		起床	炊事	炊事			
7	注入				起床	起床	起床
8		出勤			小学校	小学校	
9			妹送迎				幼稚園
10							
11							
12	注入						
13							
14	入浴						
15					帰宅	帰宅	
16					塾		
17							
18			妹送迎	夕食準備			帰宅
19			夕食・入浴		帰宅・夕食	夕食	夕食・入浴
20	注入	帰宅			入浴	就寝	
21		夕食			就寝		
22		入浴	就寝				
23		就寝					

持ち帰り物品リスト

(医療機器)

※必要なものは審査会チームで検討しましょう

必要なものに チェック	機器	業者 (担当者)	購入・レンタル	メモ
----------------	----	-------------	---------	----

1.呼吸器及び周辺機器

	呼吸器		レンタル	機種:
	呼吸器回路 (蛇腹・フィルターなど)		業者から払い出し	
	バッテリー(外部)		レンタル	
	加温加湿器		レンタル	
	排痰補助装置		レンタル	
	酸素機器		レンタル	
	パルスオキシメーター		レンタル	
	プローブ			基本は診療材料 対応プローブがない場合は 業者に相談

2.その他

	アンビュー		購入	
	吸引機		購入	電動・災害時用足踏み式
	吸入		購入	
	気管カニューレ 品名: サイズ			・ワンサイズ小さいものも準備 ・処置で払い出し (診療材料ではありません)

(別紙6-2)TPPV用 ご家族用

持ち帰り物品リスト(診療材料)

ACTIS本人画面処置⇒持ち帰り診療材料⇒人工呼吸

在宅療養用の診療材料は、在宅療養指導管理料算定により必要且つ十分な量の支給がされるように調整されています。診療材料においても暦月に1回しか算定できません。

必要な物 に チェック	番号	材料			数量 (1ヶ月分)	
		どれか 選択	メーカー	名称【 】内は1ヶ月に払いだせる本数	数	単位
	①		大塚製薬	自動給水用バイアル付(注射用水) 500ml【20or40本】		本
			光製薬	手動給水用バイアルなし(注射用水) 1L【10or20本】		
	②		テレフレックス	人工鼻ヒューミディベントI 【1or3or5個】		個
	③		タイコヘルスケアジャパン	オキシセンサーネルコア【1本】 (マリンクロットジャパン)N25		本
			タイコヘルスケアジャパン	オキシセンサーネルコア【1本】 (マリンクロットジャパン)I20		
	④		タイコヘルスケアジャパン	カテーテルマウント【1個】		個
	⑤		メディコン	カテゼリーPK1225g【3個】		個 本
			ジョンソン&ジョンソン	K-Yルブリケーティングゼリー【1本】		
	⑥		白十字	ワンショットプラスPEL-II(100包入) 【1~6箱】		箱
			白十字	ワンショットプラスヘキシジン60包入 【1箱】		
	⑦		オオサキメディカル	滅菌(Y)ガーゼ【30or40or50枚】		枚
			オオサキメディカル	未滅菌(Y)ガーゼ【100枚】		
	⑧		テルモ	テルモサフィード吸引カテーテル6Fr 【15or33本】		本
			テルモ	テルモサフィード吸引カテーテル8Fr 【15or33本】		
			テルモ	テルモサフィード吸引カテーテル10Fr 【15or33本】		
	⑨		タイコヘルスケアジャパン	ソフトネックホルダーブルー(大) 【1~5本】		本
			タイコヘルスケアジャパン	ソフトネックホルダーブルー(小) 【1~5本】		
			タイコヘルスケアジャパン	ソフトネックホルダーホワイトTTH 【1~5本】		
	⑩			酸素供給チューブ(太径)【1本】		本

	⑪	泉工医科工業	人工鼻用酸素チューブ(細径)80cm 【1本】			
		泉工医科工業	SV-Sアタッチメント付きチューブ 80cm(細径)【1本】			
	⑫	スミスメディカル	サーモベントT【15or30】		個	
		テレフレックスメディカル	アクアプラス人工鼻【7or14】			
			ファーマトラックセット(35回分)【1】			
		泉工医科工業	ソフィットベントSV-S【15or30】			
		泉工医科工業	ソフィットベントSV-L02【15or30】			
	⑬	JMS	JMS注入器5mL	}		
		JMS	JMS注入器10mL合計10本			
		JMS	JMS注入器20mL			
		JMS	JMS注入器50mL			
	⑭	JMS	JMSEN採液ノズル【2本】			
		JMS	JMSEN採液チップ中径【2本】			
	⑮	JMS	JMS栄養カテーテル5Fr40cm	}	本	
		JMS	JMS栄養カテーテル6Fr40cm			
		JMS	JMS栄養カテーテル7Fr40cm		いづれか 1~5本	
		JMS	JMS栄養カテーテル7Fr70cm			
		JMS	JMS栄養カテーテル8Fr80cm			
		JMS	JMS栄養カテーテル8Fr120cm			
		JMS	JMS栄養カテーテル10Fr120cm			
	⑯	JMS	JMS経口用イルリガードル 【1or2or4本】		本	
	⑰	JMS	ジェイフード栄養ボトルセット (ボトル1+栄養セット4)【1個】		個	
	⑱	日東メディカル	優肌絆GS(白色)			
		日東メディカル	優肌絆不織布肌(肌色)25mm×7m			
		アルケア	シルキーボア3号11193号2.5cm× 10m			
		竹虎	ワーデル伸縮性テープ2.5cm×5m			
	⑲	オオサキメディカル	滅菌(Y)ガーゼ【30or40or50枚】		枚	
		オオサキメディカル	未滅菌(Y)ガーゼ【100枚】			
	⑳	フレゼニウス	アプリアックススマート用経腸栄養セット パック付	4	本	
	㉑	フレゼニウス	アプリアックススマート用経腸栄養セット パック無	4	本	
	㉒	JMS	ジェイフード栄養ボトル600mlJF- FP060	1	個	

お子さんがTPPVをもって生活を始めるにあたって

お子さんがTPPVを持って生活をしていくためにここまで準備して参りました。ご家族が安心してお子さんの在宅療養を開始するために、支援体制をご家族と一緒に確認させていただきます。

1 お子さんの状態に対してTPPVが持つ役割

- (1) TPPVはどうしてお子さんに必要なのでしょうか？
- (2) TPPVを使う事はお子さんにとってどのようなよい点がありますか？
- (3) TPPVはお子さんにとってどのような負担になりますか？

2 TPPVに関するお子さんのケア・呼吸器の管理について、ご家族だけで行う事ができますか？

(「退院指導経過表」を確認しながら)

3 TPPVを持って在宅療養を行う上で、生活環境整備および必要物品準備はできていますか？

(「24時間ケアプラン」「家族役割確認表」「持ち帰り物品リスト」を確認しながら)

4 TPPVに関するお子さんの状態やケア・呼吸器の管理について、心配が生じた時にどのように対処したらよいかわかりますか？(連絡先などの確認)

- (1) 訪問看護ステーション
- (2) 地域かかりつけ医
- (3) 地域協力病院
- (4) こども医療センター担当医
- (5) 機器業者
- (6) 救急外来受診方法
- (7) 緊急時の対処方法(救命蘇生法を含め)
- (8) その他、ご心配なことや解決したいことがありますか？

以上の内容においてご不明・ご不安な点がある場合には、支援チームメンバーから再度説明を受けて問題を解消してください。すべての内容についてご確認いただけましたらご署名ねがいます。

本書類を提出審査会に提出して承認を受ける事で、病院として責任を持って在宅療養支援を開始いたします。

年 月 日

お子さんのお名前

ご家族のお名前

() /

()



主治医

同席者

様 在宅人工呼吸器(TPPV) 家族向けケアチェックシート ～退院までのみちのり～

◆院内スタッフ・関係機関が、ご家族と共に各ステップ毎に状況確認・検討を行っていきます。
 *ご不安なことや、心配なこと・疑問点等があれば、いつでもご相談ください。
 *状況により、内容は変わります。進行状況を知る手がかりとして、項目を追加・削除しながら、ご利用ください。

◆院内スタッフ 医師 () 科: () (在宅医療審査会:)
 病棟看護師 () 外来看護師 () 入退院・在宅医療支援室 () ソーシャルワーク室 ()
 ME () PT () OT () 栄養課 () その他 ()

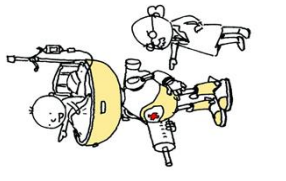
STEP 0 在宅検討期		STEP 1 院内外泊準備期		STEP 2 自宅外泊準備期		STEP 3 退院準備期		STEP 4 在宅移行期	
<p>在宅検討期</p>  <p>□退院に向けて話し合い □退院後の医療ケアの 確認 □退院後の大まかな イメージをもつ □現在利用している制度・ 関係機関を院内スタッフ と確認</p>	<p>意志確認</p> <p>□プロジェクトチームと案を 受ける □ケアシートの説明を 受ける □家族が算えるケア について説明を受ける □お子様のケアに参加 □人工呼吸器の説明を 受ける⇒() 医師 □ ME □業者</p>	<p>課題抽出</p>  <p>□退院後の課題を確認 ・負担の大きい事柄・ 時間帯など □自宅環境の確認 ・自宅見取り図 ・24時間ケア表 □呼吸器の向き書に サイン</p>	<p>技術習得</p> <p>□お子様の体調や症状 を把握できるようになる ・退院時ケアマニュアルより ・「気切ケア」 ・「バンド/カニューレ交換」 ・「鼻口腔吸引」 ・「経管栄養」 ・「在宅酸素」 ・「閉水導尿」 □その他 □呼吸器管理 □外泊時・緊急時の対応 を習得する</p>	<p>院内外泊</p> <p>月 日 () 月 日 ()</p> <p>□外泊中の不安点 の確認 □ケアの実施 □在宅物品の入手 □機器のメンテナンスの確認 □退院後に開く関係機関の確認(下巻) □他の医療機関の確認</p>	<p>在宅外泊</p> <p>月 日 () 月 日 ()</p> <p>□外泊中の不安点 の確認 □ケアの実施 □お子様の状態や様子把握 □機器・在宅物品の確認 □緊急時の対応・連絡先を確認 □災害時の対応策を知る □災害時要援護者登録 □関係機関・他の医療機関について最終確認 □業者へ医療機器自宅へ設置の連絡</p>	<p>院内外泊</p> <p>月 日 () 月 日 ()</p> <p>□外泊中の不安点 の確認 □ケアの実施 □在宅物品の入手 □機器のメンテナンスの確認 □退院後に開く関係機関の確認(下巻) □他の医療機関の確認</p>	<p>在宅外泊</p> <p>月 日 () 月 日 ()</p> <p>□外泊中の不安点 の確認 □ケアの実施 □在宅物品の入手 □機器のメンテナンスの確認 □退院後に開く関係機関の確認(下巻) □他の医療機関の確認</p>	<p>在宅外泊</p> <p>月 日 () 月 日 ()</p> <p>□外泊中の不安点 の確認 □ケアの実施 □在宅物品の入手 □機器のメンテナンスの確認 □退院後に開く関係機関の確認(下巻) □他の医療機関の確認</p>	<p>退院</p> <p>月 日 () 月 日 ()</p> <p>□安全に退院 □次回外来の確認 □診療材料・在宅物品を持ち帰る</p>

在宅医療審査会
 □在宅医療サービス・福祉サービスの情報提供を受け、検討する
 □各種、申請等を行なう
 □必要な機器のレンタル・購入

関係機関	名称	電話	担当者
訪問看護			
訪問診療			
かかりつけ病院			
かかりつけ診療所			
医療的ケア用コーデイナー			
計画相談員			
役所			
その他 ()			
その他 ()			

ご家族サイン:

～MEMO～



在宅医療審査会 直真サイン:

VI 在宅における非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)について

非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) ケアチェックシート運用マニュアル

1 目的

- (1) 非侵襲的陽圧換気療法（以下NPPVとする）を開始する子ども・家族が、在宅移行に向けて必要なケアを受けるために活用する
- (2) 在宅医療審査会（以下審査会とする）での検討に活用する
- (3) 子ども・家族と医療者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

NPPVを導入する患者とその家族

3 NPPV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、NPPVは開始される。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・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・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) NPPV家族向けケアチェックシートはA4サイズに印刷して、医療者も確認できるようにベッドサイドに置き、病棟看護師が使用方法を説明する。
- (5) NPPV医療者用ケアチェックシートはACTIS上に保存をして運用する。追記する場合は上書き保存をする。

4 活用の手順

■外来から介入・エントリーの場合

※NPPVケアチェックシートはACTISのパソコン上で運用する。チェックをして必ず仮確定をする。家族向けケアチェックシートを印刷して家族に渡す。

- (1) 主治医はNPPV導入を検討している時点で、外来看護師にNPPV導入の意向を伝える。
- (2) 外来看護師は医師からのNPPV意向伝達後、1週間以内に医療者間カンファレンスの調整をする。参加者は主治医、外来看護師、入退院・在宅医療支援室（以下、支援室とする）、ソーシャルワーク室（以下、相談室とする）とし、在宅療養の可能性、課題、審査会のエントリーの時期、入院日、入院期間等の確認を行う。

※在宅療養生活が安定しており、NPPV導入がスムーズに進むと考えられるケースについては在宅審査会前のエントリーも可とする。その場合は以下のように進める。

ア 主治医は座長に事前エントリーの相談をし、了承を得る。

イ 主治医はエントリーシートを作成し、事務局担当（支援室）に連絡する。

（ACTIS文書→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸器エントリーシートより作成）

ウ 支援室は座長にエントリーシートの確認と構成員決定の依頼をする。

エ 在宅人工呼吸器導入目的の入院後に、在宅医療審査会で初回よりケース検討とし、在宅医療審査会で提出書類を揃え、院外外泊・退院許可の承認を得る。

- (3) 外来看護師は医療者カンファレンスの前に子ども・家族から情報収集し、家族向けケアチェックシートを印刷してNPPV導入の流れをケアチェックシートに沿って（それぞれの役割が連携し、

子ども・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して渡す。

※情報収集の内容：呼吸器導入の家族や本人の受け止め・家族情報・ADL・移動手手段・自宅環境・現在行われている医療ケア・使用している医療機器・利用している医療機関・訪問看護や訪問リハ・教育環境など)

- (4) 外来看護師は、NPPVケアチェックシートのSTEP 0にできたところまでチェックをし、仮確定する。外来看護師は病棟看護師に申し送り、残った課題は病棟看護師ですすめる。

仮確定したチェックシートはしおり機能を使用し、「NPPV書類」とつける。

■入院中のエントリーの場合

※家族向けケアチェックシートは印刷して運用し、医療者も確認できるようにベットサイドに置く。

外来から介入の場合は、ACTISから仮確定したNPPVケアチェックシート引き続き使用する。印刷して使用しても良いが、PC上でのチェックは必ず行う。

STEP 0 在宅検討期

- (1) 在宅療養の可能性について、医療者カンファレンスを行う。参加者は、主治医、看護科長と看護師、ソーシャルワーク室（以下相談室とする）、入退院・在宅医療支援室（以下、支援室とする）、コメディカル等、必要な職種とする。
- (2) 在宅療養の可能性について、医師からの説明を行い、子ども・家族へ多職種で意思確認を行う。その際、在宅人工呼吸療法の説明（別紙1）や在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書（様式2-4：ACTIS文書→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書）を使用しても良い。
- (3) 子ども・家族の意思確認をした上で審査会のエントリーを行う。
エントリーは以下の手順で行う。
ア 主治医は審査会の1週間前までに座長にエントリーを相談し、了承を得る。
イ 主治医は事務局担当（支援室）に連絡し、エントリーシートを審査会の前週の金曜までに入力する。

【1回目の審査会（エントリー）で必要となる書類】

□エントリーシート：ACTIS文書→在宅人工呼吸器→エントリーシート

- (4) 審査会には、主治医、病棟科長、病棟看護師（プライマリーナースが望ましい）が出席し、病状、在宅人工呼吸器の必要性、家族の受け止めなどのエントリーまでの経緯を説明する。エントリーの承認が得られた後、プロジェクトチームを結成する。

チームメンバー：主治医、座長の指名した審査会の医師、病棟看護科長、病棟看護師、相談室、支援室、CE、コメディカルなど

STEP 1 自宅外泊・退院準備期

- (5) エントリー承認後、プライマリーナースが主体となり、プロジェクトチームのカンファレンスの日程調整を行う。プライマリーナースはNPPV書類一式・NPPV家族向けケアチェックシートを印刷し、準備しておく。NPPV医療者用ケアチェックシートはACTIS内で保存し、各職種によりチェックを入れ、上書き保存をして使用する。外来から介入の場合は、ACTISに仮確定したNPPVケアチェックシートを印刷して使用する。

※しおり機能を使用し、「☆NPPVケアチェックシート」としておくと良い。

- (6) NPPVケアチェック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。
ア 審査会エントリー後、プロジェクトチームで定期的にカンファレンスを開き、情報交換、課題の共有、退院時期の目標などの確認を行なう。

イ プロジェクトチームの紹介を子どもと家族に行なう。(別紙3)

別紙3は原本をご家族に渡し、コピー分をスキャンセンターに回す。

ウ NPPVケアチェックシートに沿ってそれぞれの役割が連携し、子ども・家族と共にケアを進めていくことや審査会について子どもと家族に説明を行う。

エ プライマリナーズはケアの継続性を図ることが最も重要となるため、複数名おくことが望ましい。進行状況はいつでも確認できるように病棟全体で共有しておく。

オ 1回目の審査会でエントリーの承認が得られた後、プロジェクトチームを結成する。(主治医、座長の指名した審査会の医師、CE、病棟看護科長、病棟看護師、相談室、支援室、コメディカルなど)

カ 病棟看護師は、プロジェクトチームカンファレンスの日程調整を行う。病棟看護師はNPPV書類一式・NPPVケアチェックシート・NPPV家族用ケアチェックシートを印刷しておく。

(7) 導入が正式に決まった時点で、主治医が在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書を作成し、医事・診療情報管理課に提出する。幹部の決裁を受けた後、医事・診療情報管理課は原本を保管、コピーをスキャンセンターへ提出し、経営企画課に報告する。

(提出書類：ACTIS文書→在宅医療→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書様式2-1、2-2、2-4)

(8) 主治医は呼吸器業者に連絡して、病院に在宅人工呼吸器設置を依頼する。家族・本人が業者から在宅人工呼吸器の説明が受けられるように、日程調整をする。主治医は家族・本人に別紙1を説明する。CEに別紙2の説明を依頼する。

(9) 棟内外泊・院内外泊に向けて：

NPPV退院指導経過表(別紙4)に沿って技術指導をすすめる。NPPVケアチェックシートと家族向けケアチェックシートのSTEP1まで準備を進め、チームで安全に行えるか話し合い、棟内外泊・院内外泊をすすめる。

※NPPVの場合必ずしも棟内外泊・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。
救急蘇生方法の指導：外出・自宅外泊前に原則として主治医が行う。

(10) 緊急時の連絡方法：

ア 緊急時連絡カード(※救急車に伝える内容、※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。緊急時持って行くものをリストアップし準備しておく。

イ 受診機関・関係機関が分かりやすいようにしておく。

(11) 院内外泊後の外出について：

自宅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。

(12) 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：自宅外泊前が望ましい。退院前地域合同カンファレンスは外来看護師にも連絡する。主治医はカンファレンス前までに資料を作成する。退院時共同指導説明書を作成し、電子カルテに取り込む。

(13) 必要時、退院前訪問(主治医・病棟看護師、ソーシャルワーク室、入退院・在宅医療支援室など訪問に必要な職種を検討)を行い、自宅環境の確認を行う。(ACTIS文書→在宅医療→退院前訪問)

(14) 自宅外泊・退院許可に向けて：

※NPPVの導入がスムーズなケースに関しては原則として、自宅外泊と退院の承認は同時にもらい外泊退院をすすめる。自宅外泊後の評価をして退院を検討した方が、安全にNPPVの導入ができるチームで判断したケースは、在宅医療審査会で承認を受け自宅外泊を行う。自宅外泊の評価をチームで行い、在宅医療審査会で退院許可の承認を受けてから退院となる。

- ア チーム内で持ち帰り物品リスト（別紙6-1・6-2）を作成する。
 - イ 24時間ケア・生活プラン一覧表（別紙5）を子ども・家族と作成する。
 - ウ 「お子さんがNPPVをもって生活を始めるにあたって」（別紙7）を用いて、子ども・家族に在宅療養の確認をする。退院指導経過表（別紙4）をもとに指導を進める。
 - エ 自宅外泊前の在宅医療審査会に、退院指導経過表（別紙4）・NPPVケアチェックシート・家族向けケアチェックシート・お子さんがNPPVをもって生活を始めるにあたって（別紙7）を揃えて提出する。ケアチェックシートのチェック欄と退院指導経過表（別紙4）の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、チェックや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チェックや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。
 - オ 在宅医療審査会で外泊や退院が承認された後、管理者会議で審査会座長が病院管理者に報告後、自宅外泊・退院となる。
- (15) 退院承認を受けた在宅医療審査会后、主治医が在宅医療審査会座長に提出し、サインをもらう。
承認印を受けたら原本は病棟からスキャンセンターに回す。

【電子カルテに取り込む用紙】

- NPPV医療者用ケアチェックシート
（電子カルテからプリントアウトし、主治医、座長のサインをもらう）
- NPPV家族向けケアチェックシート（家族のサイン、座長のサインをもらう）
- 在宅人工呼吸管理を検討中のご家族へ（別紙3）
- 退院指導経過表（別紙4）
- お子さんがNPPVをもって生活を始めるにあたって（別紙7）

■退院後

- (1) 初回外来は必ず、外来看護師が診察時に同席し、在宅療養について確認をする。
- (2) 退院後訪問は、訪問看護ステーションへの連携や退院後の療養生活の調整のために行う。退院後訪問は、退院後一か月以内に支援室、病棟看護師が同行し、訪問看護ステーションの訪問日に行う。（ACTIS文書→在宅医療→退院後訪問看護）
※夜間NPPV導入で在宅療養生活に大きな課題のない場合は、プロジェクトチームで退院後訪問の有無を話し合い、退院後訪問の必要性がなければその旨を在宅医療審査会で報告する。
- (3) 退院後1ヵ月後くらいで医療評価入院を行う。

5 在宅人工呼吸器の申請の仕方

(1) 書類の提出先

申請書は、導入することが正式に決まった時点で、主治医が医事・診療情報管理課に提出。幹部の決裁を受けた後、医事・診療情報管理課は原本を保管し、コピーをスキャンセンターに回すと同時に経営企画課に報告する。

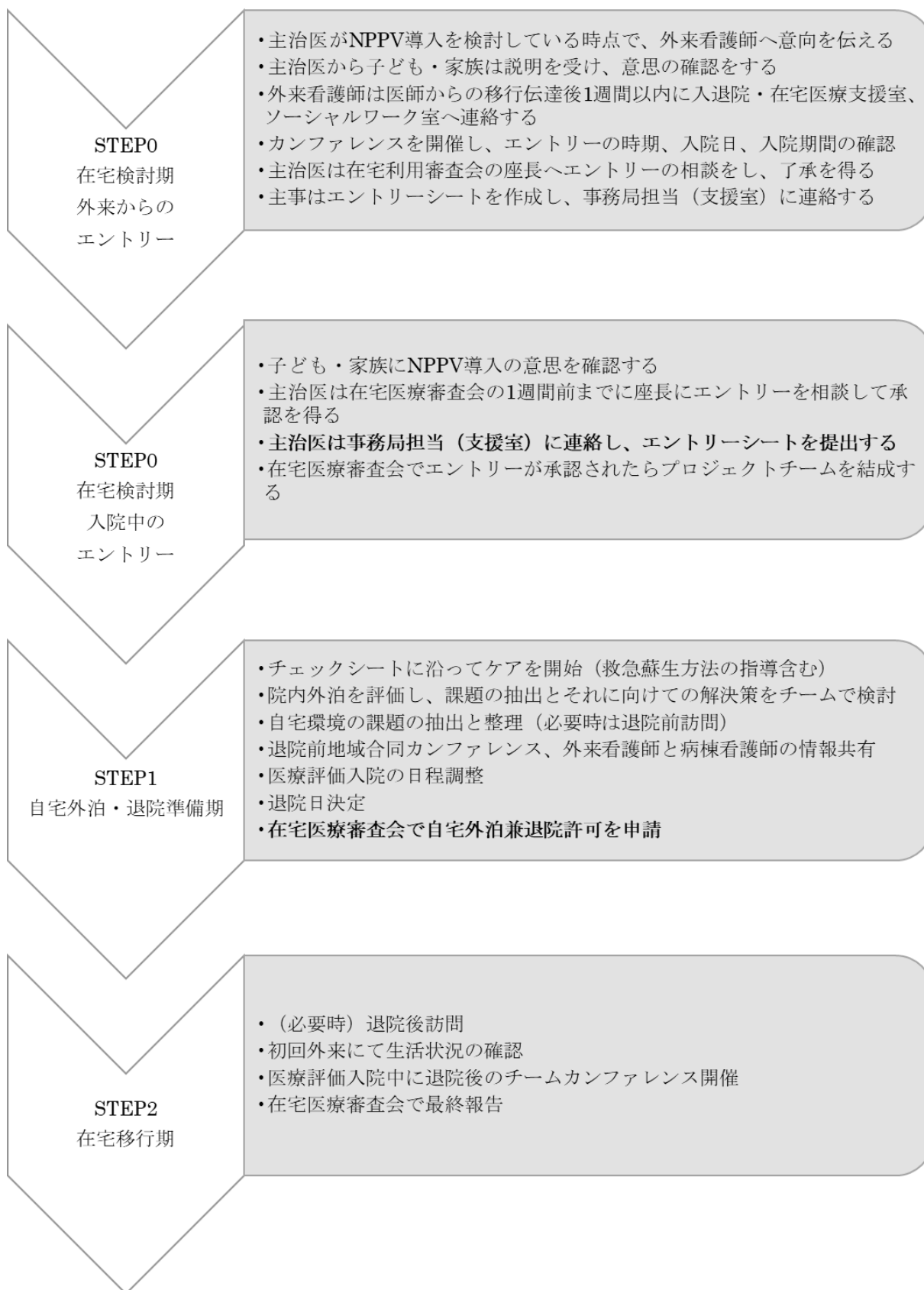
【主治医が医事・診療情報管理課に提出する書類】

- 在宅人工呼吸療法開始の申請書（様式2-1）原本
 - 在宅人工呼吸療法の処方（様式2-2）原本
 - 在宅人工呼吸療法に関する同意書（様式2-4）原本
- ACTIS文書→在宅医療→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書
主治医が人工呼吸器業者に連絡する

2026.1月修正（入退院・在宅医療支援室）

非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) のフロー図

※概要のみ載せているため、詳細は運用マニュアルやケアチェックシート等を参照してください。



臨床工学技士より在宅用人工呼吸器についての説明

1 人工呼吸とは

呼吸ができない患者さんに対して、外部から人工的に空気を肺に送り込むことです。

(1) 人工呼吸器の構成

ア 人工呼吸器本体:人工的に呼吸をさせる機械のこと。

イ コンプレッサー(駆動源):人工呼吸器内部にエアーコンプレッサーという空気を集めて送る装置が内蔵されています。

ウ 酸素供給

・酸素ポンペ

・酸素濃縮器…大気中の空気を取り込んで、高濃度の酸素を作る機械

エ 回路:人工呼吸器から患者さんへ空気を送るためのホース。

オ 加温加湿器

・通常、吸った空気は鼻で加温加湿されています。しかし、人工呼吸器から送られる空気は温度が低く乾燥しているため、喉がカラカラに乾いてしまいます。そのため、患者さんへ送る空気を温めて湿らせる役目をするものが加温加湿器です。

※必ず蒸留水を使用し、お水がなくならないようにしましょう。

・また、人工鼻という加湿装置があり、お水を使わずに自分の吐いた空気を利用して呼吸器からの空気を加温加湿します。

※加温加湿器と併用すると、人工鼻が詰まって呼吸できなくなるので、要注意。

(2) 排痰補助装置

痰を出しづらい時に、排痰を補助する装置です。

2 呼吸方式

(1) TPPVとNPPV

ア TPPV(tracheostomypositivepressureventilation)気管切開下気道内陽圧換気

気管切開カニューレを装着している患者さんに対する人工呼吸の方式です。空気が直接気道内に送り込まれるため、自分でまったく呼吸できない患者さんにも確実な人工呼吸が可能です。

イ NPPV(noninvasivepositivepressureventilation)非侵襲的陽圧換気

マスクを通して肺に空気を送り込みます。多くの場合に、自分でまったく呼吸ができない患者さんには使えません。気管切開の必要がないため負担は軽いですが、マスクが密着していないとうまく空気を送り込む事ができません。マスクには、鼻マスク、口鼻マスク、フルフェイスマスクなどがあります。

3 設定項目

(1) 呼吸回数:1分間に人工呼吸器が何回空気を送るのか設定します。

(2) 吸気時間:1回に何秒間空気を送るかを設定します。

(3) 最高気道内圧:「圧換気」選択時、1回の呼吸で肺にどのくらいの圧力まで空気を送るかを設定します。

(4) 1回換気量:「容量換気」選択時、1回の呼吸で人工呼吸器がどれくらいの空気の量を肺に送るかを設定します。

(5) PEEP(positiveend-expiratorypressure)呼気終末陽圧

息を吐いた時に肺胞がつぶれないよう持続的に圧力をかけることで、肺でのガス交換を改善する方法です。

(6) 呼吸センサー:患者さんが息を吸おうとする努力を感じ取り、それに合わせて空気を送るためのセンサーのことで、この機能を「トリガー」とも呼びます。

4 回路について

(1) 人工呼吸器動作中日常の注意点

回路に亀裂、破損、ねじれがないか確認しましょう。ウォータートラップがついている場合は患者さんより低い位置にあり、カップが下向きになっているか確認しましょう。お水が溜まったら随時捨て、再び装着する時には緩みがないように気を付けましょう。

(2) 交換時期

リユース回路、ディスプレイ回路それぞれ、各メーカー推奨の交換時期で、回路交換を行いましょう。

(3) 呼吸器回路はレンタルに含まれており、必要な数は各メーカーから配られます。

回路交換等で使用した場合は、忘れずメーカーへ連絡し補充して貰いましょう。

5 アラーム警報とトラブル

アラームが鳴るということは、「早急な対応が必要」であることを意味します。すぐに適切な処置を行う必要があります。

アラーム警報とトラブル回避

(1) 低圧アラーム

ア アラームの意味

回路外れ、様々な接続部が外れてしまった時など、気道内圧がアラーム設定値まで上がらなくなった時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

回路外れ、様々な接続部の外れ、気管カニューレからの漏れなどが原因として考えられ、回路が正しく装着されているか確認してください。

※回路の先端が患者さんではなく、お洋服や寝具に触れた状態になると気道内圧がわずかに上昇してアラームが鳴らないことがあります。気管切開口はお布団などで隠れがちですが、常に回路がきちんと接続されているか目で見て確認するようにしましょう。

(2) 高圧アラーム

ア アラームの意味

回路や気道の閉塞などにより、気道内圧がアラーム設定値より高くなった時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

痰は溜まっていないか、呼吸回路はねじれたり、つぶれたりして閉塞していないか、確認しましょう。カニューレの詰まりは呼吸ができなくなり、とても危険です。

(3) 無呼吸アラーム

ア アラームの意味

患者さんの自発呼吸が少なくなった時もしくは無くなった時、設定してある無呼吸時間内に自発呼吸を感じない時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

自発呼吸が少なくなったり、無くなったりすることが原因で鳴るアラームで、その原因を究明することが必要です。

トラブル

(1) 回路不良

呼吸器回路は毎日使用するもので、同じ場所を持つたり、同じ場所で固定したりしていると回路に癖がついてしまい、少しずつ劣化してしまいます。そのため、五感を研ぎ澄ませ毎日注意深く回路を観察する必要があります。

(2) 機械不良

最近の人工呼吸器には内部バッテリーを搭載しているもの、外部バッテリーのあるものが多いですが、精密機械なのでいつ止まってしまうか分かりません。非常の事態を想定し、何らかの原因で人工呼吸器が作動しなくなった場合に備え、バックバルブマスク(例、アンビュマスク)を準備しておく必要があります。

(3) 加温加湿関係の問題

加温加湿器の電源が入っていないことに気付かなかったり、蒸留水が無くなっていることに気付かず水無しでの状態が続くなどの問題が挙げられます。このような状況になると患者さんの痰が粘ちようとなって呼吸できなくなり、また、気管チューブが閉塞されてしまうことがあります。

※緊急対応

人工呼吸器が急に動かなくなってしまった時など、ご家族が対処できないようなことが起きた時に備えて、どこに連絡すればよいのか24時間対応の業者の連絡先を呼吸器のすぐ近くに貼っておくなどの工夫をしましょう。

臨床工学室

在宅人工呼吸管理を検討中のご家族へ

お子さんがご自宅で安全に暮らしていただくために、しばらくのあいだ人工呼吸器を使用した方がよさそうである事について、別途ご説明差し上げました。しかし、ご自宅で人工呼吸器を使用する「在宅人工呼吸管理」を行う事は、ご家族にとって負担も大きくなるため、できればたくさんの方にお手伝いいただく方が少しでも負担を軽くできると思います。まずは、退院するまでにお手伝いしていくチームとして以下のメンバーをご紹介します。

主治医: 中心となって診療を継続して、退院後の生活を医療の面から支援します。

医師

病棟受け持ち看護師: 主治医と一緒に医療的ケアの確認をしつつ、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

看護師

在宅医療審査会(医師): 在宅医療審査会の代表としてチームの見守り役となり、チームの進むべき道筋を示すことのできるよう支援します。

医療面において、安全性や有効性、必要性について主治医とは異なる立場から検討していきます。

医師

ソーシャルワーク室(ソーシャルワーカー): 地域関係機関との連携をとりながら福祉サービスの調整をし、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

ソーシャルワーカー

入退院・在宅医療支援室(看護師): 病棟スタッフと一緒にご自宅における医療的ケアを考えつつ、地域医療機関などと連携を取りながら、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

看護師

以上のメンバー以外にもさまざまな職種が協力してお手伝いしていきますので、必要に応じてその都度ご紹介いたします。

西暦 年 月 日

NPPV退院指導経過表

	指導項目	担当者	実施日	最終確認日 (サイン)
説明	病状、NPPV管理の必要性の説明	Dr		
	NPPVの使用方法の説明	Dr		
状態	呼吸状態の観察についての説明	Dr		
	呼吸状態など異常の早期発見の説明	Dr		
	緊急時の対応についての指導	Dr		
医療ケアの指導	鼻口腔吸引の説明と実施	Dr/Ns		
	呼吸器の使用方法の説明と実施	Dr		
	アンビューバックの使用方法の説明と実施	Dr		
	パルスオキシメーターの使用方法の説明と実施	Ns		
	吸引器の使用方法	Ns		
	呼吸器回路の交換	Dr		
	加温加湿器の使用方法 (吸入器)	Dr		
	使用機器の管理方法とトラブル時の対処	Dr		
調整	在宅酸素の管理方法	Dr		
	自宅の環境設定についての調整	Ns・ソ・支		
調整	支援体制の調整	Ns・ソ・支		
	日常生活	<ul style="list-style-type: none"> ・清潔 (入浴方法) ・食事・排泄 ・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 ・予防接種 ・その他 	Ns ソ・支 Dr	

24時間ケア・生活プラン一覧表

家族構成:

自家用車: 有・無

父同居・別居 就労: 有・無 母同居・別居 就労: 有・無

兄弟/姉妹 _____ 才 就学: 有・無 _____ 才 就学: 有・無 _____ 才 就学: 有・無

支援者 _____ 同居・別居 就労: 有・無 _____ 同居・別居 就労: 有・無

_____ 同居・別居 就労: 有・無 _____ 同居・別居 就労: 有・無

※家族の一日のスケジュールやケアの計画をイメージしてみましょう

時間	本人		父	母	支援者		兄弟・姉妹	
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時間ケア・生活プラン一覧表(例)

家族構成:父 母 兄 姉 本人 妹 父方祖母

自家用車(有・無)

父(同居・別居) 就労(有・無) 母(同居・別居) 就労:有・無

兄弟/姉妹 兄10才 就学(有・無) 姉7才 就学(有・無) 妹3才 就学:有(無)

支援者 父方祖母(同居・別居) 就労(有・無) ①母方祖母同居(別居) 就労:有(無)

※家族の一日のスケジュールやケアの計画をイメージしてみましょう

時間	本人	父	母	支援者 (①祖母)	兄弟・姉妹 兄	姉	妹
0時							
1							
2							
3							
4							
5			起床	起床			
6		起床	炊事	炊事			
7	注入				起床	起床	起床
8		出勤			小学校	小学校	
9			妹送迎				幼稚園
10							
11							
12	注入						
13							
14	入浴						
15					帰宅	帰宅	
16					塾		
17							
18			妹送迎	夕食準備			帰宅
19			夕食・入浴		帰宅・夕食	夕食	夕食・入浴
20	注入	帰宅			入浴	就寝	
21		夕食			就寝		
22		入浴	就寝				
23		就寝					

持ち帰り物品リスト(医療機器)

※必要なものは在宅医療審査会チームで検討しましょう

必要な物に チェック	機器	業者 (担当者)	購入 レンタル	メモ
---------------	----	-------------	------------	----

1. 呼吸器及び周辺機器

	呼吸器		レンタル	機種:
	呼吸器回路 (蛇腹・フィルターなど)		業者から 払い出し	
	バッテリー(外部)		レンタル	
	加温加湿器		レンタル	
	マスク			
	排痰補助装置		レンタル	
	酸素機器		レンタル	
	パルスオキシメーター		レンタル	
	プローブ			基本は診療材料。 対応プローブがない場合には 業者に相談

2. その他

	アンビュー		購入	
	吸引機		購入	電動・災害時用足踏み式
	吸入		購入	

持ち帰り物品リスト (診療材料)

ACTIS本人画面処置⇒持ち帰り診療材料⇒人工呼吸(鼻マスク)

在宅療養用の診療材料は、在宅療養指導管理料算定により必要且つ十分な量の支給がされるように調整されています。

診療材料においても暦月に1回しか算定できません。

必要な物に チェック	番号	材料			数量 (1ヶ月分)	
		どちらか 選択	メーカー	名称【】内は1ヶ月に 払いだせる本数	数	単位
	①		大塚製薬	自動給水用バイアル付 (注射用水) 500ml【20or40本】		本
			光製薬	手動給水用バイアルなし (注射用水) 1L【10or20本】		
	②		テレフレックス	人工鼻ヒューミディベント I 【1or3or5個】		個
	③		アトム	鼻孔カニューラ4I120L 【1or2本】		本
			アトム	鼻孔カニューラ4I120S 【1or2本】		
	④		コヴィディエン	オキシセンサーネルコア 【1本】 (マリンクロットジャパン) N25		個
			コヴィディエン	オキシセンサーネルコア 【1本】 (マリンクロットジャパン) I20		

※診療材料は暦月に1回しか払い出せません。

(例:6/2と6/30は×、6/2と7/1は○)

※番号①～④の材料は、それぞれどちらか一方の支給となります。

お子さんがNPPVをもって生活を始めるにあたって

お子さんがNPPVを持って生活をしていくためにここまで準備して参りました。ご家族が安心してお子さんの在宅療養を開始するために、支援体制をご家族と一緒に確認させていただきます。

- 1 お子さんの状態に対してNPPVが持つ役割
 - (1) NPPVはどうしてお子さんに必要なのでしょうか？
 - (2) NPPVを使う事はお子さんにとってどのようなよい点がありますか？
 - (3) NPPVはお子さんにとってどのような負担になりますか？

- 2 NPPVに関するお子さんのケア・呼吸器の管理について、ご家族だけで行う事ができますか？（「退院指導経過表」を確認しながら）

- 3 NPPVを持って在宅療養を行う上で、生活環境整備および必要物品準備はできていますか？（「24時間ケアプラン」「家族役割確認表」「持ち帰り物品リスト」を確認しながら）

- 4 NPPVに関するお子さんの状態やケア・呼吸器の管理について、心配が生じた時にどのように対処したらよいかわかりますか？（連絡先などの確認）
 - (1) 訪問看護ステーション
 - (2) 地域かかりつけ医
 - (3) 地域協力病院
 - (4) こども医療センター担当医
 - (5) 機器業者
 - (6) 救急外来受診方法
 - (7) 緊急時の対処方法（救命蘇生法を含め）
 - (8) その他、ご心配なことや解決したいことがありますか？

以上の内容においてご不明・ご不安な点がある場合には、支援チームメンバーから再度説明を受けて問題を解消してください。すべての内容についてご確認いただけましたらご署名ねがいます。

本書類を提出在宅医療審査会に提出して承認を受ける事で、病院として責任を持って在宅療養支援を開始いたします。

_____年 _____月 _____日

お子さんのお名前 _____


ご家族のお名前 _____ () / _____ ()

主治医 _____ 同席者 _____

様 在宅人工呼吸器(NPPV) 家族向けケアチェックシート ～退院までのみちのり～

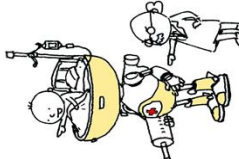
※院内スタッフ・関係機関が、ご家族と共に各ステップ毎に状況確認・検討を行っていきます。
 ※ご不安なことや、心配なこと・疑問点等があれば、いつでもご相談ください。
 ※状況により、内容は変わります。進行状況を知る手がかりとして、項目を追加・削除しながら、ご利用ください。

◆院内スタッフ 医師 () 科: () (在宅医療審査会:)
 病棟看護師 () 外来看護師 () 入院院・在宅医療支援室 () ソーシャルワーク室 ()
 ME () PT () OT () 栄養課 () その他 ()

STEP 0		STEP 1 自宅外泊・退院準備期		STEP 2 退院		STEP 3 在宅移行期		
在宅機時期	 <p>□呼吸器導入に向けて話し合い □呼吸器導入後の意識ケアの確認 □呼吸器導入後の大まかなイメージをもつ □現在利用している制度・関係機関を病院スタッフと確認</p>	<p>□プロジェクチームと会う □ケアシートの説明を受ける □家族が覚えるケアについて説明を受ける □お子様のケアに参加 □人工呼吸器の説明を受ける⇒(口唇顔IME 業者)</p>	<p>□退院後の課題を確認 ・負担の大きい事柄 ・時間帯など □自宅環境の確認 ・自宅車取り図 ・24時間ケア表 □人工呼吸器の同意書にサイン</p>	<p>□在宅酸素 □床口吸引 □間欠導尿 □経管栄養 □胃ろう □その他() □呼吸器管理 □マスクの装着 □外泊時・緊急時の対応を習得する</p>	<p>□在宅にかけた外泊準備 退院前共同セッション 月 日 ()</p>	<p>□在宅外泊 月 日 ()</p>	<p>□安全に退院 □次回外来の確認 □診療材料・在宅物品を持ち帰る</p>	<p>退院 月 日 ()</p>
在宅医療審査会								
<p>□在宅支障サービス・福祉サービスの情報提供を受け、検討する □各種、申請等を行なう</p>		<p>□在宅物品の購入 □機器のメンテナンスの確認 □退院後に關わる関係機関の確認(下表) □他の医療機関の確認</p>		<p>□在宅物品の購入 □機器のメンテナンスの確認 □退院後に關わる関係機関の確認(下表) □他の医療機関の確認</p>		<p>□外泊時の疑問の解消 □ケアの裏面 □お子様の状態や様子を把握 □機器・在宅物品の確認 □緊急時の対応・連絡先を確認 □火警時の対応策を知る □火警時要請者登録 □関係機関・他の医療機関について最終確認 □業者へ医療機器自宅へ設置の連絡</p>	<p>★退院後訪問 月 日 ()</p>	
<p>□在宅支障サービス・福祉サービスの情報提供を受け、検討する □各種、申請等を行なう</p>							<p>★医療評価入院 月 日 ()</p>	

ご家族サイン:

～MEMO～



在宅医療審査会 直長サイン:

Ⅶ 在宅におけるNasalProngNPPVについて

NasalprongNPPVケアチェックシート運用マニュアル

1 目的

- (1) 非侵襲的陽圧換気療法（以下NasalprongNPPVとする）を開始する子ども・家族が在宅移行に向けて必要なケアを受けるために活用する
- (2) 在宅医療審査会（以下審査会とする）での検討に活用する
- (3) 子ども・家族、医療者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

NasalprongNPPVを導入する患者とその家族

3 NasalprongNPPV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、NasalprongNPPVは開始される。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・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・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) NasalprongNPPV家族向けケアチェックシートはA4サイズに印刷して使用する。

4 活用の手順

■ 外来から介入・エントリーの場合

※NasalprongNPPVケアチェックシートはACTISのパソコン上で運用する。チェックをして**必ず仮確定**をする。家族向けケアチェックシートを印刷して家族に渡す。

- (1) 主治医はNasalprongNPPV導入を検討している時点で、外来看護師にNPPV導入の意向を伝える。
（※NasalprongNPPVの導入の場合は、ご家族へプリズマベンド50の対象は体重10kg以上となっているが、対象外の体重で使用する事を説明し同意を得る。）
- (2) 外来看護師は医師からのNasalProngNPPV意向を伝達された後、1週間以内に医療者間カンファレンスの調整をする。参加者は主治医、外来看護師、入退院・在宅医療支援室（以下、支援室とする）、ソーシャルワーク室（以下、相談室とする）とし、在宅療養の可能性、課題、審査会のエントリーの時期、入院日、入院期間等の確認を行う。
※在宅療養生活が安定しており、NPPV導入がスムーズに進むと考えられるケースについては在宅審査会前のエントリーも可とする。その場合は以下のように進める。
 - ア 主治医は座長に事前エントリーの相談をし、了承を得る。
 - イ 主治医はエントリーシートを作成し、事務局担当（支援室）に連絡する。（ACTIS文書→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸器エントリーシートより作成）
 - ウ 支援室は座長にエントリーシートの確認と構成員決定の依頼をする。
 - エ 在宅人工呼吸器導入目的の入院後に、在宅医療審査会で初回よりケース検討とし、在宅医療審査会で提出書類を揃え、院外外泊・退院許可の承認を得る。
- (3) 外来看護師は医療者カンファレンスの前に子ども・家族から情報収集し、家族向けケアチェックシートを印刷してNasalProngNPPV導入の流れをケアチェックシートに沿って（それぞれの役割が連携し、子ども・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して渡す。

情報収集の内容：呼吸器導入の家族や本人の受け止め・家族情報・ADL・移動手手段・自宅環境・現在行われている医療ケア・使用している医療機器・利用している医療機関・訪問看護や訪問リハ・教育環境など

- (4) 外来看護師は、NasalprongNPPVケアチェックシートのSTEP 0にできたところまでチェックをし、仮確定する。外来看護師は病棟看護師に申し送り、残った課題は病棟看護師ですすめる。

仮確定したチェックシートはしおり機能を使用し、「NPPV書類」とつける。

■ 入院中のエントリーの場合

※家族向けケアチェックシートは印刷して運用し、医療者も確認できるようにベットサイドに置く。

外来から介入の場合は、ACTISから仮確定したNasalprongNPPVケアチェックシート引き続き使用する。印刷して使用しても良いが、PC上でのチェックは必ず行う。

- (1) 子ども・家族の意思確認をした上で、1回目の在宅医療審査会でエントリーを行う。

エントリーの方法は以下の手順で行う。

ア 主治医は在宅医療審査会の1週間前に座長にエントリーを相談して了承を得る。

イ 主治医は事務局担当（支援室）に連絡し、エントリーシートを在宅医療審査会の前週までに記入、提出する。（ACTIS文書→在宅人工呼吸器→エントリーシート）

- (2) 1回目の審査会でエントリーの承認が得られた後、プロジェクトチームを結成する。（主治医、座長の指名した審査会の医師、ME、病棟看護科長、病棟看護師、相談室、支援室、コメディカルなど）

- (3) 病棟看護師は、プロジェクトチームカンファレンスの日程調整を行う。病棟看護師は、NasalprongNPPV書類一式、NasalprongNPPVケアチェックシートNasalprongNPPV家族用ケアチェックシートを印刷し準備しておく。外来から介入の場合は、ACTISに仮確定したNasalprongNPPVケアチェックシートを印刷して使用する。

- (4) NasalprongNPPVケアチェック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。

ア 登録後プロジェクトチームでカンファレンスを開き、情報交換、課題の共有、退院時期の確認を行う。

イ プロジェクトチームの紹介を子どもと家族に行なう。（別紙3）

別紙3は原本をご家族に渡し、コピー分をスキャンセンターに回す。

ウ ケアチェックシートに沿ってそれぞれの役割が連携し、子ども・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。

エ プライマリーナースはケアの継続性を図ることが最も重要となるため、複数名おくことが望ましい。

オ 進行状況はいつでも確認できるように病棟全体で共有しておく。

- (5) 導入が正式に決まった時点で、主治医が在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書を作成し、医事・診療情報管理課に提出する。幹部の決裁を受けた後、医事・診療情報管理課は原本を保管、コピーをスキャンセンターへ提出し、経営企画課に報告する。

提出書類：ACTIS文書→在宅医療→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書様式2-1、2-2、2-4

- (6) 主治医は呼吸器業者に連絡して、病院に在宅人工呼吸器設置を依頼する。家族・本人が業者から在宅人工呼吸器の説明が受けられるように、日程調整をする。主治医は家族・本人に別紙1を説明する。MEに別紙2の説明を依頼する。

※NasalprongNPPVの場合、プリズマバンド50の対象は体重10kg以上となっているが、対象外の体重で使用する事を説明し同意を得る。

(7) MEまたは主治医・看護師は、説明後にご家族が呼吸器の使用方法について理解しているか呼吸器理解度チェックリストを用いて確認する（別紙2-5）。確認終了後用紙はコピーし1枚は家族へ返却、1枚はヤギーに取り込む

(8) 棟内外泊・院内外泊に向けて：**NasalprongNPPV退院指導経過表（別紙4）**に沿って技術指導をすすめる。NasalprongNPPVケアチェックシートと家族向けケアチェックシートのSTEP1まで準備を進め、チームで安全に行えるか話し合い、棟内外泊・院内外泊をすすめる。

※NasalProngNPPVの場合、必ずしも棟内外泊・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。救急蘇生方法の指導：外出・自宅外泊前に原則として主治医が行う。

(9) 緊急時の連絡方法

ア 緊急時連絡カード（*救急車に伝える内容、*緊急時子ども医療センターに連絡をした時に伝える内容など）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。緊急時持って行くものをリストアップし準備しておく。

イ 受診機関・関係機関が分かりやすいようにしておく。

(10) 院内外泊後の外出について：

自宅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。

(11) 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：自宅外泊前が望ましい。

退院前地域合同カンファレンスは外来看護師にも連絡する。主治医はカンファレンス前までに資料を作成する。退院時共同指導説明書を作成し、電子カルテに取り込む。

(12) 必要時、退院前訪問（主治医・病棟看護師、ソーシャルワーク室、入院院・在宅医療支援室など訪問に必要な職種を検討）を行い、自宅環境の確認を行う。（ACTIS文書→在宅医療→退院前訪問）

(13) 自宅外泊・退院許可に向けて：

※NasalProngNPPVの導入がスムーズなケースに関しては原則として、自宅外泊と退院の承認は同時にもらい外泊退院をすすめる。自宅外泊後の評価をして退院を検討した方が、安全に導入ができるチームで判断したケースは、在宅医療審査会で承認を受け自宅外泊を行う。自宅外泊の評価をチームで行い、在宅医療審査会で退院許可の承認を受けてから退院となる。

ア チーム内で持ち帰り物品リスト（別紙6-1・6-2）を作成する。

※呼吸器管理のみの場合固定用のテープが診材で払い出せないのに注意

イ 24時間ケア・生活プラン一覧表（別紙5）を子ども・家族と作成する。

ウ 「お子さんがNPPVをもって生活を始めるにあたって」（別紙7）を用いて、子ども・家族に在宅療養の確認をする。退院指導経過表（別紙4）をもとに指導を進める。

エ 自宅外泊前の在宅医療審査会に、退院指導経過表（別紙4）・NasalprongNPPVケアチェックシート・家族向けケアチェックシート・お子さんがNasalprongNPPVをもって生活を始めるにあたって（別紙7）を揃えて提出する。

ケ アチェックシートのチェック欄と退院指導経過表（別紙4）の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、チェックや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チェックや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。

オ 在宅医療審査会で外泊や退院が承認された後、管理者会議で審査会座長が病院管理者に報告後、自宅外泊・退院となる。

(14) 退院承認を受けた在宅医療審査会后、主治医が在宅医療審査会座長に提出し、承認印をもらう。承認印を受けたら原本は病棟からスキャンセンターに回す。

【座長に提出する書類】

- NasalProngNPPV医療者用ケアチェックシート
- NasalProngNPPV家族向けケアチェックシート（退院許可申請までする場合は、家族のサインも必須）
- NasalProngNPPV退院指導経過表（別紙4）
- お子さんNasalProngNPPVをもって生活を始めるにあたって（別紙7）

【電子カルテに取り込む用紙】

- NasalProngNPPV医療者用ケアチェックシート
- NasalProngNPPV家族向けケアチェックシート
- 在宅人工呼吸管理を検討中のご家族へ（別紙3）
- 退院指導経過表（別紙4）
- お子さんがNasalProngNPPVをもって生活を始めるにあたって（別紙7）
- 呼吸器理解度チェックリストNasalProngNPPV用（別紙2-5）

■退院後

- (1) 初回外来は必ず、外来看護師が診察時に同席し、在宅療養について確認をする。
- (2) 退院後訪問は、訪問看護ステーションへの連携や退院後の療養生活の調整のために行う。退院後訪問は、退院後一か月以内に支援室、病棟看護師が同行し、訪問看護ステーションの訪問日に行う。
(ACTIS文書→在宅医療→退院後訪問看護)
※在宅療養生活に大きな課題のない場合は、プロジェクトチームで退院後訪問の有無を話し合い、退院後訪問の必要性がなければその旨を在宅医療審査会で報告する。
- (3) 退院後1ヵ月後くらいで医療評価入院を行う。
※NasalProngNPPVの場合必ずしも医療評価入院を必要としない。個別の状況に応じてチームで検討する。ただし、初めての退院の場合は実施することが望ましい。

5 在宅人工呼吸器の申請の仕方

(1) 書類の提出先

申請書は、導入することが正式に決まった時点で、主治医が医事・診療情報管理課に提出。幹部の決裁を受けた後、医事・診療情報管理課は原本を保管し、コピーをスキャンセンターに回すと同時に経営企画課に報告する。

【主治医が医事・診療情報管理課に提出する書類】

- 在宅人工呼吸療法開始の申請書（様式2-1）原本
 - 在宅人工呼吸療法の処方（様式2-2）原本
 - 在宅人工呼吸療法に関する同意書（様式2-4）原本
- ACTIS文書→在宅医療→在宅人工呼吸器→在宅人工呼吸療法に関する開始申請書・処方・説明書・同意書
- (2) 主治医が人工呼吸器業者に連絡する

臨床工学技士より在宅用人工呼吸器についての説明

1 人工呼吸とは

呼吸ができない患者さんに対して、外部から人工的に空気を肺に送り込むことです。

(1) 人工呼吸器の構成

ア 人工呼吸器本体:人工的に呼吸をさせる機械のこと。

イ コンプレッサー(駆動源):人工呼吸器内部にエアーコンプレッサーという空気を集めて送る装置が内蔵されています。

ウ 酸素供給

・酸素ポンペ

・酸素濃縮器・・・大気中の空気を取り込んで、高濃度の酸素を作る機械

エ 回路:人工呼吸器から患者さんへ空気を送るためのホース。

オ 加温加湿器

・通常、吸った空気は鼻で加温加湿されています。しかし、人工呼吸器から送られる空気は温度が低く乾燥しているため、喉がカラカラに乾いてしまいます。そのため、患者さんへ送る空気を温めて湿らせる役目をするものが加温加湿器です。

※必ず蒸留水を使用し、お水がなくならないようにしましょう。

・また、人工鼻という加湿装置があり、お水を使わずに自分の吐いた空気を利用して呼吸器からの空気を加温加湿します。

※加温加湿器と併用すると、人工鼻が詰まって呼吸できなくなるので、要注意。

(2) 排痰補助装置

痰を出しづらい時に、それを補助する装置です。

2 呼吸方式

(1) TPPVとNPPV

ア TPPV(tracheostomypositivepressureventilation)気管切開下気道内陽圧換気

気管切開カニューレを装着している患者さんに対する人工呼吸の方式です。空気が直接気道内に送り込まれるため、自分でまったく呼吸できない患者さんにも確実な人工呼吸が可能です。

イ NPPV(noninvasivepositivepressureventilation)非侵襲的陽圧換気

マスクを通して肺に空気を送り込みます。多くの場合に、自分でまったく呼吸ができない患者さんには使えません。気管切開の必要がないため負担は軽いですが、マスクが密着していないとうまく空気を送り込む事ができません。マスクには、鼻マスク、口鼻マスク、フルフェイスマスクなどがあります。

3 設定項目

(1) 呼吸回数:1分間に人工呼吸器が何回空気を送るのか設定します。

(2) 吸気時間:1回に何秒間空気を送るかを設定します。

(3) 最高気道内圧:「圧換気」選択時、1回の呼吸で肺にどのくらいの圧力まで空気を送るかを設定します。

(4) 1回換気量:「容量換気」選択時、1回の呼吸で人工呼吸器がどれくらいの空気の量を肺に送るかを設定します。

(5) PEEP(positiveend-expiratorypressure)呼気終末陽圧

息を吐いた時に肺胞がつぶれないよう持続的に圧力をかけることで、肺でのガス交換を改善する方法です。

(6) 呼吸センサー:患者さんが息を吸おうとする努力を感じ取り、それに合わせて空気を送るためのセンサーのことで、この機能を「トリガー」とも呼びます。

(別紙2-2) NasalProgNPPV用ご家族用

4 回路について

(1) 人工呼吸器動作中日常の注意点

回路に亀裂、破損、ねじれがないか確認しましょう。ウォータートラップがついている場合は患者さんより低い位置にあり、カップが下向きになっているか確認しましょう。お水が溜まったら随時捨て、再び装着する時には緩みがないように気を付けましょう。

(2) 交換時期

リユース回路、ディスプレイ回路それぞれ、各メーカー推奨の交換時期で、回路交換を行いましょう。

(3) 呼吸器回路はレンタルに含まれており、必要な数は各メーカーから配られます。

回路交換等で使用した場合は、忘れずメーカーへ連絡し補充して貰いましょう。

5 アラーム警報とトラブル

アラームが鳴るということは、「早急な対応が必要」であることを意味します。すぐに適切な処置を行う必要があります。

アラーム警報とトラブル回避

(1) 低圧アラーム

ア アラームの意味

回路外れ、様々な接続部が外れてしまった時など、気道内圧がアラーム設定値まで上がらなくなった時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

回路外れ、様々な接続部の外れ、気管カニューレからの漏れなどが原因として考えられ、回路が正しく装着されているか確認してください。

※回路の先端が患者さんではなく、お洋服や寝具に触れた状態になると気道内圧がわずかに上昇してアラームが鳴らないことがあります。気管切開口はお布団などで隠れがちですが、常に回路がきちんと接続されているか目で見て確認するようにしましょう。

(2) 高圧アラーム

ア アラームの意味

回路や気道の閉塞などにより、気道内圧がアラーム設定値より高くなった時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

痰は溜まっていないか、呼吸回路はねじれたり、つぶれたりして閉塞していないか、確認しましょう。カニューレの詰まりは呼吸ができなくなり、とても危険です。

(3) 無呼吸アラーム

ア アラームの意味

患者さんの自発呼吸が少なくなった時もしくは無くなった時、設定してある無呼吸時間内に自発呼吸を感じない時に鳴るアラームです。

イ 原因と対策

自発呼吸が少なくなったり、無くなったりすることが原因で鳴るアラームで、その原因を究明することが必要です。

(別紙2-4) NasalProgNPPV用ご家族用

トラブル

(1) 回路不良

呼吸器回路は毎日使用するもので、同じ場所を持ちたり、同じ場所で固定したりしていると回路に癖がついてしまい、少しずつ劣化してしまいます。そのため、五感を研ぎ澄ませ毎日注意深く回路を観察する必要があります。

(2) 機械不良

最近の人工呼吸器には内部バッテリーを搭載しているもの、外部バッテリーのあるものが多いですが、精密機械なのでいつ止まってしまうか分かりません。非常の事態を想定し、何らかの原因で人工呼吸器が作動しなくなった場合に備え、バックバルブマスク(例、アンビュマスク)を準備しておく必要があります。

(3) 加温加湿関係の問題

加温加湿器の電源が入っていないことに気付かなかつたり、蒸留水が無くなっていることに気付かず水無しでの状態が続くなどの問題が挙げられます。このような状況になると患者さんの痰が粘ちようとなって呼吸できなくなり、また、気管チューブが閉塞されてしまうことがあります。

※緊急対応

人工呼吸器が急に動かなくなってしまった時など、ご家族が対処できないようなことが起きた時に備えて、どこに連絡すればよいのか24時間対応の業者の連絡先を呼吸器のすぐ近くに貼っておくなどの工夫をしましょう。

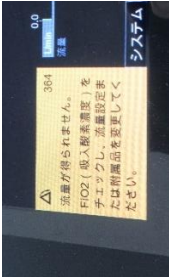
臨床工学室

Nasal Prong NPPV 呼吸器理解度チェックリスト

ID _____ 名前 _____

チェック項目	解答	日付 サイン
人工呼吸器本体		
① 人工呼吸器の電源ボタンの位置	—	
② 電源コードがつかつながらっているか、バッテリーで動いていないか	—	
③ 電源の入れ方、治療の開始	<ul style="list-style-type: none"> ・入：画面が出るまで電源ボタンを押す ・治療の開始：電源ボタンを短く押す 	
④ 電源を切り方、治療の停止	<ul style="list-style-type: none"> ・切：電源ボタンを長押し ・治療の停止：電源ボタンを長押し、アラームが鳴るため消音ボタンをワンプッシュする 	
⑤ 機械やカニューラが汚れていた場合	<ul style="list-style-type: none"> ・機械本体：清拭（アルコール含有のものも可） ・カニューラ：鼻に入る部分が劣化してしまうため、ノンアルコールのもので汚れを拭き取る 	
⑥ 人工呼吸器が正しく動作しているか	動き出してから3分間触らないと画面が暗くなるため、ホームボタンを押して、実測値を確認する	
⑦ 回路交換の方法	—	
⑧ エアフィルタの場所・使用方法	背面のグレーのフィルタ、月に1回流水で洗浄し、乾燥させる（回路交換の際にやる）	
⑨ 花粉フィルタの場所・清掃方法	背面のグレーのフィルタの下にある白いフィルタ（再利用不可）捨てる（エアフィルタと同様に回路交換の際に行う）	
回路交換		

加温加湿器	① 加温加湿器の電源の位置・電源コード	—
加湿器	② 加温加湿器の電源の入れ方、切り方	<p>・入：電源ボタンを長押しし、緑のランプを確認、中継コードの緑ランプも確認</p> <p>・切：電源ボタンを長押し</p>
	③ 加温加湿器へのセットの方法	<p>機械のグレーの部分を押下げて、チャンバーをスライドさせて設置</p> <p>お水のパックに接続後、針下のエアキャップを必ず開けること（お水が落ちてこなくなる恐れがあるため）チャンバーにお水が溜まっていることを確認</p>
	④ 使用中の加温加湿器の確認	<p>チャンバーを触って温かいか、チャンバー内にお水が溜まっているか、</p> <p>お水のパックが空になっていないか、指示通りのランプの数が点灯しているか</p>
アラーム対応	⑤ アラームはどのような時に鳴るか	機械に不具合が起きた時に鳴る
	⑥ 「流量が得られませんアラーム」が鳴った時	<p>カニキュラが汚れや結露により閉塞すると、アラームが5分間鳴り、その状態が解除されずにそのまま放置されると、「換気終了アラーム」に切り替わり“作動停止”する</p> <p>※このアラームが鳴った時には、閉塞しているところがないか、カニキュラの位置が悪くないか確認してから、電源ボタンを押して再スタートする</p>
	⑦ 「換気終了アラーム」が鳴った時	<p>※このアラームを予防するには、カニキュラの汚れや位置、結露の様子を定期的にチェックすることが必要</p> <p>作動は停止しているため、カニキュラの汚れや位置を確認し、電源ボタンを押して再スタートさせる</p> <p>※AC電源に繋がっていない場合は「換気終了アラーム」が3分間鳴った後にシャットダウンしてしまう</p>
	⑧ シャットダウンしてしまった時	壁のコンセント、機械側の接続の緩みを確認の両方を確認してから電源を入れて再スタートする
	⑨ 困ったことがあった時	※移動時以外は、必ず電源に接続して使用すること
		機械本体に書いてある、チェスト又は病院に電話をする



在宅人工呼吸管理を検討中のご家族へ

お子さんがご自宅で安全に暮らしていただくために、しばらくのあいだ人工呼吸器を使用した方がよさそうである事について、別途ご説明差し上げました。しかし、ご自宅で人工呼吸器を使用する「在宅人工呼吸管理」を行う事は、ご家族にとって負担も大きくなるため、できればたくさんの方にお手伝いいただく方が少しでも負担を軽くできると思います。まずは、退院するまでにお手伝いしていくチームとして以下のメンバーをご紹介します。

主治医: 中心となって診療を継続して、退院後の生活を医療の面から支援します。

医師

病棟受け持ち看護師: 主治医と一緒に医療的ケアの確認をしつつ、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

看護師

在宅医療審査会(医師): 在宅医療審査会の代表としてチームの見守り役となり、チームの進むべき道筋を示すことのできるよう支援します。

医療面において、安全性や有効性、必要性について主治医とは異なる立場から検討していきます。

医師

ソーシャルワーク室(ソーシャルワーカー): 地域関係機関との連携をとりながら福祉サービスの調整をし、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

ソーシャルワーカー

入退院・在宅医療支援室(看護師): 病棟スタッフと一緒にご自宅における医療的ケアを考えつつ、地域医療機関などと連携を取りながら、退院後の生活の組み立てを中心に支援します。

看護師

以上のメンバー以外にもさまざまな職種が協力してお手伝いしていきますので、必要に応じてその都度ご紹介いたします。

西暦 年 月 日

NasalProngNPPV退院指導経過表

	指導項目	担当者	実施日	最終確認日 (サイン)
説明	病状、NasalProngNPPV管理の必要性の説明	Dr		
	NasalProngNPPVの使用方法の説明	Dr		
状態	呼吸状態の観察についての説明	Dr		
	呼吸状態など異常の早期発見の説明	Dr		
	緊急時の対応についての指導	Dr		
医療ケアの指導	鼻口腔吸引の説明と実施	Dr/Ns		
	呼吸器の使用方法の説明と実施	Dr		
	アンビューバックの使用方法の説明と実施	Dr		
	パルスオキシメーターの使用方法の説明と実施	Ns		
	吸引器の使用方法	Ns		
	呼吸器回路の交換	Dr		
	加温加湿器の使用方法 (吸入器)	Dr		
	使用機器の管理方法とトラブル時の対処	Dr		
	在宅酸素の管理方法	Dr		
調整	自宅の環境設定についての調整	Ns・相・支		
	支援体制の調整	Ns・相・支		
日常ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・清潔 (入浴方法) ・食事・排泄 ・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 ・予防接種 ・その他 	Ns 相・支 Dr		

24時間ケア・生活プラン一覧表

家族構成:

自家用車:有・無

父同居・別居 就労:有・無 母同居・別居 就労:有・無

兄弟/姉妹 _____才 就学:有・無 _____才 就学:有・無 _____才 就学:有・無

支援者 _____同居・別居 就労:有・無 _____同居・別居 就労:有・無

_____同居・別居 就労:有・無 _____同居・別居 就労:有・無

※家族の一日のスケジュールやケアの計画をイメージしてみましょう

時間	本人		父	母	支援者		兄弟・姉妹	
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時間ケア・生活プラン一覧表(例)

家族構成:父 母 兄 姉 本人 妹 父方祖母

自家用車:有・無

父同居:別居 就労:有・無 母同居:別居 就労:有・無

兄弟/姉妹 兄10才 就学:有・無 姉7才 就学:有・無 妹3才 就学:有・無

支援者 父方祖母同居:別居 就労:有・無 ①母方祖母同居:別居 就労:有・無

※家族の一日のスケジュールやケアの計画をイメージしてみましょう

時間	本人	父	母	支援者 (①祖母)	兄弟・姉妹 兄	姉	妹
0時							
1							
2							
3							
4							
5			起床	起床			
6		起床	炊事	炊事			
7	注入				起床	起床	起床
8		出勤			小学校	小学校	
9			妹送迎				幼稚園
10							
11							
12	注入						
13							
14	入浴						
15					帰宅	帰宅	
16					塾		
17							
18			妹送迎	夕食準備			帰宅
19			夕食・入浴		帰宅・夕食	夕食	夕食・入浴
20	注入	帰宅			入浴	就寝	
21		夕食			就寝		
22		入浴	就寝				
23		就寝					

持ち帰り物品リスト(医療機器)

※必要なものは在宅医療審査会チームで検討しましょう

必要な物に チェック	機器	業者 (担当者)	購入 レンタル	メモ
---------------	----	-------------	------------	----

1. 呼吸器及び周辺機器

	呼吸器		レンタル	機種:
	呼吸器回路 (蛇腹・フィルターなど)		業者から 払い出し	
	バッテリー(外部)		レンタル	
	加温加湿器		レンタル	
	マスク			
	排痰補助装置		レンタル	
	酸素機器		レンタル	
	パルスオキシメーター		レンタル	
	プローブ			基本は診療材料。 対応プローブがない 場合には業者に相談

2. その他

	アンビュー		購入	
	吸引機		購入	電動・災害時用足踏み式
	吸入		購入	

持ち帰り物品リスト(診療材料)

ACTIS本人画面処置⇒持ち帰り診療材料⇒人工呼吸(鼻マスク)

在宅療養用の診療材料は、在宅療養指導管理料算定により必要且つ十分な量の支給がされるように調整されています。

必要な物に チェック	番号	材料			数量 (1ヶ月分)	
		どちらか 選択	メーカー	名称【】内は1ヶ月に 払いだせる本数	数	単位
	①		大塚製薬	自動給水用バイアル付 (注射用水) 500ml【20or40本】		本
			光製薬	手動給水用バイアルなし (注射用水) 1L【10or20本】		
	②		アトム	鼻孔カニューラ41120L 【1or2本】		本
			アトム	鼻孔カニューラ41120S 【1or2本】		
	③		コヴィディ エン	オキシセンサーネルコア 【1本】(マリンクロットジャパン N25)		個
			コヴィディ エン	オキシセンサーネルコア 【1本】(マリンクロットジャパン I20)		

※診療材料は暦月に1回しか払い出せません。

(例:6/2と6/30は×、6/2と7/1は○)

※番号①～④の材料は、それぞれどちらか一方の支給となります。

お子さんがNasalProgNPPVもって生活を始めるにあたって

お子さんがNasalProgNPPVを持って生活をしていくためにここまで準備して参りました。ご家族が安心してお子さんの在宅療養を開始するために、支援体制をご家族と一緒に確認させていただきます。

1 お子さんの状態に対してNPPVが持つ役割

- (1) NasalProgNPPVはどうしてお子さんに必要なのでしょうか？
- (2) NasalProgNPPVを使う事はお子さんにとってどのようなよい点がありますか？
- (3) NPPV NasalProgNPPVはお子さんにとってどのような負担になりますか？

2 NasalProgNPPVに関するお子さんのケア・呼吸器の管理について、ご家族だけで行う事ができますか？（「退院指導経過表」を確認しながら）

3 NasalProgNPPVを持って在宅療養を行う上で、生活環境整備および必要物品準備はできていますか？（「24時間ケアプラン」「家族役割確認表」「持ち帰り物品リスト」を確認しながら）

4 NasalProgNPPVに関するお子さんの状態やケア・呼吸器の管理について、心配が生じた時にどのように対処したらよいかわかりますか？（連絡先などの確認）

- (1) 訪問看護ステーション
- (2) 地域かかりつけ医
- (3) 地域協力病院
- (4) こども医療センター担当医
- (5) 機器業者
- (6) 救急外来受診方法
- (7) 緊急時の対処方法（救命蘇生法を含め）
- (8) その他、ご心配なことや解決したいことがありますか？

以上の内容においてご不明・ご不安な点がある場合には、支援チームメンバーから再度説明を受けて問題を解消してください。すべての内容についてご確認いただけましたらご署名ねがいます。

本書類を提出在宅医療審査会に提出して承認を受ける事で、病院として責任を持って在宅療養支援を開始いたします。

_____年 月 日

お子さんのお名前 _____



ご家族のお名前 _____ () / _____ ()

主治医 _____ 同席者 _____

様 在宅人工呼吸器 (NasalProng NPPV) 家族向けケアチェックシート ～退院までのみちのり～

◆院内スタッフ・関係機関が、ご家族と共に各ステップ毎に状況確認・検討を行っております。
 *ご不安なことや、心配なこと・疑問点等があれば、いつでもご相談ください。
 *状況により、内容が変わります。進捗状況を知る手がかりとして、項目を追加・削除しながら、ご利用ください。

◆院内スタッフ 医師 () 科: () (在宅医療審査会:)
 病棟看護師 () 外来看護師 () 入院時・在宅医療支援室 () ソーシャルワーク室 ()
 ME () PT () OT () 栄養課 () その他 ()

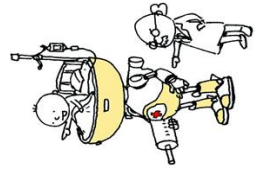
STEP 0		STEP 1 自宅外泊・退院準備期		STEP 2退院		STEP 3在宅移行期		
在宅検討期	 <p>□呼吸器導入に向けて話し合い □呼吸器導入後の医療ケアの確認 □呼吸器導入後の大きなイメージをもち □現在利用している制度・関係機関を病院スタッフと確認</p>	<p>□プロジェクチームと会う □ケアシートの説明を受ける □家族が覚えるケアについて説明を受ける □お子様のケアに参加 □人工呼吸器の説明を受ける⇒(医師□ME □業者)</p>	<p>□退院後の課題を確認 ・負担の大きい事柄 ・時間帯など □在宅薬 □鼻口腔吸引 □開次導尿 □経管栄養 □胃瘻 □その他 □人工呼吸器の同意書にサイン</p>	<p>□在宅医療 □鼻口腔吸引 □開次導尿 □経管栄養 □胃瘻 □その他 □呼吸器管理 □カニューレのフィッティング □外泊時・緊急時の対応を習得する</p>	<p>在宅にに向けた外泊準備 通院前共同シナプランニング 月 日 ()</p>	<p>自宅外泊 月 日 ()</p>	<p>外泊時の状況の確認  <p>□外泊中の不安点の確認 □ケアの実施 □お子様の状態や様子把握 □機器・在宅物品の確認 □緊急時の対応・連絡先を確認 □災害時の対応策を知る □災害時要援護者登録 □関係機関・他の医療機関について最終確認 □業者へ医療機器自宅へ設置の連絡</p> </p>	<p>退院 月 日 ()</p>
在宅医療審査会		在宅医療審査会		在宅医療審査会				
<p>□在宅医療サービス・福祉サービスの情報提供を受け、検討する □各種、申請等を行なう □必要な機器のレンタル・購入</p>		<p>□在宅医療サービス・福祉サービスの情報提供を受け、検討する □各種、申請等を行なう □必要な機器のレンタル・購入</p>		<p>□在宅医療サービス・福祉サービスの情報提供を受け、検討する □各種、申請等を行なう □必要な機器のレンタル・購入</p>				

ご家族サイン:

関係機関
 訪問看護
 訪問診療
 かかりつけ病院
 かかりつけ診療所
 医療的ケアコーディネーター
 計画相談員
 役所
 その他 ()
 その他 ()

名称
 担当者
 電話
 担当

在宅医療審査会審査サイン:

～MEMO～


VIII 在宅点滴療法(PCAポンプ契約等)について

在宅点滴療法 (PCAポンプ) 導入患者の退院に向けた支援

在宅点滴療法 (PCAポンプ) ケアチェックシート運用マニュアル

1 目的

- (1) 在宅持続点滴療法 (以下PCAポンプ) を開始することも・家族が、必要なケアを受けられ在宅に向かうために活用する。
- (2) こども・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

在宅点滴療法 (PCAポンプ) を導入することもとその家族

3 PCAポンプを使用する上で留意すること

- (1) こども・家族の意思を尊重した上で、PCAポンプは開始される。導入をこども・家族が決定した後も、意思の確認は慎重に行う。
- (2) こども・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) こども・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

■PCA導入検討時期

- (1) 主治医は、PCAポンプ導入を検討している時点で、医事・診療情報管理課 (内線3123) へPCAポンプ導入の意向を伝え、指導管理料の適応を確認する。

表1

指導管理料	対象患者	薬剤
①在宅麻薬等 注射指導管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍患者 ・筋萎縮性側索硬化症または筋ジストロフィーの場合 ・心不全又は呼吸器疾患の場合 	ブプレルノフィン製剤 モルヒネ塩酸塩製剤 フェンタニルクエン酸塩製剤 複方オキシコドン製剤 オキシコドン塩酸塩製剤 フルルビプロフェンアキセチル製剤 又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤
②在宅腫瘍化学療法 注射指導管理料	悪性腫瘍患者	抗悪性腫瘍剤
③在宅強心剤 持続投与指導管理料	循環血液量の補正のみでは心原性ショック (Killip分類classIV) からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者	ドブタミン塩酸塩製剤 ドパミン塩酸塩製剤 ノルアドレナリン製剤

- (2) 医事・診療情報管理課は、必要時に入退院・在宅医療支援室 (以下支援室とする) とこども・家族の状況を共有する。

(3) 対象は4つに分類される。(別紙1：フローシート参照)

今回PCAポンプを導入することもが**A**～**D**の中から該当するパターンを確認する。不明の場合は支援室に相談する。

指導管理料の規定に該当する場合

A他医療機関で、表1①～③いずれかの指導管理料を算定するケース

B当院で、表1①～③いずれかの指導管理料を算定するケース

指導管理料の規定に該当しない場合

C他医療機関で、他在宅療養指導管理料を算定するケース

D当院で、他在宅療養指導管理料算定・又は全在宅療養指導管理料非該当のケース

※基本的には**A**が望ましい

(4) 主治医は、こども・家族にPCAポンプ導入の効果・生活・注意点・自己負担(電池などの消耗品)などを説明し、在宅PCAポンプを使用して在宅生活を送ることへの意思確認をする。

※**B**、**C**、**D**の場合、薬剤によっては週に1～2回の通院が必要になる可能性があることも説明する。

※在宅指導管理料の算定ができないケースは、在宅医療審査会に相談する

■PCA導入決定後

病棟看護師は、在宅PCAポンプ医療者向けケアチェックシートをACTISのパソコン上で立ち上げ、カルテ上のしおりを付けて運用する。終了した項目の口を■に変更し、仮確定する。在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシートも印刷しておく。

5 パターン別手順

A他医療機関で、表1①～③いずれかの指導管理料を算定するケース

(1) 必要時、主治医・病棟看護師・他関係者でカンファレンスを開き、病状、こども・家族の意思を共有する。「在宅PCAポンプ医療者向けケアチェックシート」を用いて、課題と必要な支援と役割分担を確認する。

(2) 主治医もしくは病棟看護師は、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」を用いて、それぞれの職種が連携し支援していくことをこども・家族に説明する。

(3) 主治医は、管理料を算定する他院への診療情報提供書を準備する。

(4) 病棟看護師は、ケアマニュアルに沿ってこども・家族へ在宅生活に必要なケアについて指導と習得状況を確認する。

・退院時ケアマニュアル：在宅点滴療法を導入することもと家族のケアマニュアル『携帯型輸液ポンプをお家で使うために』

(5) 支援室は、他医療機関と情報を共有し役割分担を確認する。

在宅療養指導管理料の算定の移管や継続の確認

- ・PCAポンプの点滴や鍵の管理
- ・PCAポンプの電池交換の実施分担
- ・使用する薬剤の払い出し
- ・PCAポンプトラブル時の対応(ポンプアラームの初期対応は業者)
- ・患者の急変時対応等

(6) 指導のためにPCAポンプを院内で使用する場合には、支援室が他医療機関とポンプの用意と費用などを調整する。

※院内のPCAポンプを使用する場合は、医師がCEと薬剤科へ依頼する。

※退院指導のための、ポンプの材料物品は病棟看護科長を通して診材センターへ請求する。

- (7) 主治医は、CEへPCAポンプの機器説明を依頼する。
- (8) CEは、患者・家族にPCAポンプの機器説明を実施する。
- (9) 主治医は、院内外の救急体制を確認し、患者・家族や関連機関と共有をする。
- (10) 必要時、関連機関と情報共有のための退院前共同カンファレンスを実施する。
- (11) 病棟看護師は、「在宅PCAポンプ医療者向けケアチェックシート」の項目を確認し、退院までに必要な項目が全て完了していることを確認する。また、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」も病棟看護師と患者・家族で必要な項目が全て完了していることを確認できたら、家族へサインを依頼する。原本は家族へ渡し、コピーを電子カルテにスキャン依頼する。
- (12) 退院後、病棟看護師は外来へ情報共有をする。
- (13) 初回外来の場合は外来看護師が必ず同席し、在宅療養について確認をする。
デイ入院の場合は病棟看護師が確認する。
- (14) PCAポンプ終了後、主治医はポンプを回収し、支援室へ連絡する。
- (15) 支援室はポンプの返却方法など他医療機関に確認する。
- (16) 病棟看護師は全て完了したことを確認後、「在宅PCAポンプ医療者向けケアチェックシート」を印刷し、主治医のサインを確認後、電子カルテにスキャン依頼する。

B当院で、表1①～③いずれかの指導管理料を算定するケース

- (1) 必要時、主治医・病棟看護師・支援室と他関係者でカンファレンスを開き、病状、こども・家族の意思を共有する。医療者ケアチェックシートを用いて、課題と必要な支援、役割分担を確認する。
- (2) 主治医もしくは病棟看護師は、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」を用いて、それぞれの職種が連携し支援していくことを家族に説明する。
- (3) 主治医は、「開始申請書・処方・説明書・同意書」を記載、こども・家族へ説明し、医事・診療情報管理課に提出する。

【ACTIS文書→在宅医療→在宅点滴療法（PCAポンプ）→「（該当する指導管理料）開始申請書・処方・説明書・同意書」より作成】

- (4) 幹部の決済を受けた後、医事・診療情報管理課は原本を保管し、コピーをスキャンセンターに回すと同時に経営企画課に報告する。
- (5) 病棟看護師は、こども・家族へPCAポンプに関する指導を実施する。
 - ・退院時ケアマニュアル：在宅点滴療法を導入するこどもと家族のケアマニュアル
『携帯型輸液ポンプをお家で使うために』
 - ・PCAポンプ業者の連絡先確認
- (6) 主治医は、在宅で使用する薬剤の払い出しを、薬局と調整する。
- (7) 主治医は、医事・診療情報管理課にポンプをレンタルする旨の連絡をする。
※レンタル可能期間は、退院前1～2週間前程度とする。
※ポンプに関する物品（ルート・カセット）は病棟看護科長を通し診材センターへ請求する。
- (8) CEと業者は、PCAポンプの機器説明をこども・家族へ実施する。
- (9) 主治医は、院内外の救急体制を確認し、こども・家族や関連機関と共有をする
- (10) 病棟看護師は、「在宅PCAポンプ医療者向けケアチェックシート」の項目を確認し、退院までに必要な項目が全て完了していることを確認する。また、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」も病棟看護師と患者・家族で必要な項目が全て完了していることを確認できたら、家族へサインを依頼する。原本は家族へ渡し、コピーを電子カルテにスキャン依頼する。
- (11) 退院後、病棟看護師は外来へ情報共有をする。
- (12) 初回外来の場合は外来看護師が同席し、在宅療養について確認をする。デイ入院の場合は病棟看

看護師が確認する。

(13) PCAポンプ終了時には、主治医は速やかに中止届を記載し医事・診療情報管理課へ提出する。

【ACTIS文書→在宅医療→在宅点滴療法（PCAポンプ）→「（該当する指導管理料）中止届」より作成】

(14) ポンプ使用終了後、主治医はポンプを回収し、医事・診療情報管理科に使用終了したことを連絡する。

C 他医療機関で、他の在宅療養指導管理料を算定するケース

(1) 必要時、主治医・病棟看護師・支援室と他関係者でカンファレンスを開き、病状、こども・家族の意思を共有する。医療者ケアチェックシートを用いて、課題と必要な支援、役割分担を確認する。

(2) 主治医もしくは病棟看護師は、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」を用いて、それぞれの職種が連携し支援していくことを家族に説明する。

(3) 支援室は、他医療機関と情報を共有し役割分担を確認する。

- ・在宅療養指導管理料の算定の移管や継続の確認
- ・PCAポンプの点滴や鍵の管理
- ・PCAポンプの電池交換の実施分担
- ・消耗品（電池・包交物品等）の負担の確認
- ・使用する薬剤の払い出し
- ・PCAポンプトラブル時の対応
- ・患者の急変時対応等

※必要時に地域の薬局へ情報共有をし、薬剤や Medikation カセット・エクステーションチューブに関わる調整を行う。

(4) 主治医は、必要時、他管理料を算定する医療機関への診療情報提供書を準備する。

(5) 主治医は、CEに連絡する。

(6) CEはPCAポンプの機器説明をこども・家族に実施する。

(7) 病棟看護師は、こども・家族へPCAポンプ取扱い指導を実施する。

- ・退院時ケアマニュアル：在宅点滴療法を導入するこどもと家族のケアマニュアル
『携帯型輸液ポンプをお家で使うために』

(8) 主治医は、院内外の救急体制を確認し、こども・家族や関連機関と共有をする。

(9) 病棟看護師は、「在宅PCAポンプ医療者向けケアチェックシート」の項目を確認し、退院までに必要な項目が全て完了していることを確認する。また、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」も病棟看護師と患者・家族で必要な項目が全て完了していることを確認できたら、家族へサインを依頼する。原本は家族へ渡し、コピーを電子カルテにスキャン依頼する。

(10) 必要時、退院前共同カンファレンスを実施する。

(11) 退院後、病棟看護師は外来へ情報共有をする。

(12) 初回外来の場合は外来看護師が必ず同席し、在宅療養について確認をする。
デイ入院の場合は病棟看護師が確認する。

(13) ポンプ終了後、主治医はポンプを回収し、支援室へ連絡する。

(14) 支援室は、ポンプの返却に関して他医療機関と調整する。

D 当院で、他在宅療養指導管理料算定・又は全在宅療養指導管理料非該当のケース

(1) 在宅医療審査会で検討をする。

(2) 院内のポンプが使用可能か、在庫状況をCEに確認する。（別マニュアル参照）

(3) 主治医もしくは病棟看護師は、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」を用いて、それ

- ぞれの職種が連携し支援していくことを家族に説明する。
- (4) 審査会で承認された後、主治医は「(該当する指導管理料) 開始申請書・処方・説明書・同意書」を作成し、医事・診療情報管理課に提出する。
- 【ACTIS文書→在宅医療→在宅点滴療法管理→「開始申請書・処方・説明書・同意書」より作成】
- ※説明書の中には、保険診療の適応ではない治療方法であること、在宅で生じた不利益に関しては病院としては責任がとれない旨を明記し、説明・同意を得る。
- (5) 幹部の決済を受けた後、医事・診療情報管理課は原本を保管し、コピーをスキャンセンターに回すと同時に経営企画課に報告する。
- (6) 医事・診療情報管理課は、PCAポンプ業者にポンプをレンタルする旨の連絡をする。
- ※レンタル可能期間は、退院前1～2週間前程度とする。
- ※レンタル代は月毎のため、月末のレンタル開始はなるべく避ける。
- ※ Medikasyonカセット・エクステンションチューブは病棟看護科長を通して診材センターに請求する。
- (7) 主治医は、在宅で使用する薬剤の払い出しを薬剤科と調整する。
- (8) 病棟看護師は、こども・家族へPCAポンプ取扱い指導を実施する。
- ・退院時ケアマニュアル：在宅点滴療法を導入することもと家族のケアマニュアル『携帯型輸液ポンプをお家で使うために』
 - ・PCAポンプ業者の連絡先確認
- (9) CEと業者は、PCAポンプの機器説明をこども・家族へ実施する。
- (10) 主治医は、院内外の救急体制を確認し、こども・家族や関連機関と共有をする
- (11) 主治医は、退院後の薬液交換を、デイ入院か外来か検討する。
- (12) 主治医は、退院後の薬液交換を外来で行う場合、薬剤科・外来へその旨連絡する。
- (13) 病棟看護師は、「在宅PCAポンプ医療者向けケアチェックシート」の項目が確認し、退院までに必要な項目が全て完了していることを確認する。また、「在宅PCAポンプ家族向けケアチェックシート」も病棟看護師と患者・家族で必要な項目が全て完了していることを確認できたら、家族へサインを依頼する。原本は家族へ渡し、コピーを電子カルテにスキャン依頼する。
- (14) 退院後、病棟看護師は外来へ情報共有をする。
- (15) 初回外来の場合は外来看護師が同席し、在宅療養について確認をする。デイ入院の場合は病棟看護師が確認する。
- (16) PCAポンプ終了時には、主治医は速やかに中止届を記載し医事・診療情報管理課へ提出する。
- 【ACTIS文書→在宅医療→在宅点滴療法 (PCAポンプ) →「中止届」より作成】
- (17) ポンプ使用終了後、主治医はポンプを回収し、業者に医事・診療情報管理課へ「使用終了したことを連絡する。

院内所有のCADDポンプを在宅患者へ使用するための運用マニュアル

1 目的

診療報酬上、在宅指導管理料を算定できないが、在宅点滴療法を受ける患者に対して、当院所有のCADDポンプを使用することで費用削減を行う。

2 対象者

在宅指導管理料を算定できないが、CADDポンプを使用して在宅生活を希望する患者・家族

3 概要

対象患者・家族へ、当院所有のCADDポンプを使用することでのデメリットに関して説明し、同意を得た場合に当院所有のCADDポンプの使用を検討する。在庫状況に合わせて院内所有のCADDポンプを使用するか、業者からレンタルするかを決定する。

4 手順

対象者が在宅審査会へエントリー決定時、主治医はCEに連絡し、ポンプ使用開始予定日と使用予定期間を伝える。

(1) CEは当院所有のCADDポンプの使用状況を確認し、在宅での使用が可能か検討する日を、エントリーした在宅審査会で報告する。

※目安として、検討日に最低でも院内に3台のCADDポンプに使用予定がない場合、院内のCADDポンプを使用する。

※業者からレンタルする場合、月毎で料金が発生するため（日割りなし）、開始日は考慮して決定する。

(2) 当院所有のCADDポンプを使用する場合、患者・家族へ説明書（様式8-5）を使用して患者・家族へ説明し、同意書を得る。主治医は使用する薬剤によって生じるデメリットも追加で説明書に記載し、説明を行う。

(3) 主治医は借用書を作成し、CEへ提出する。

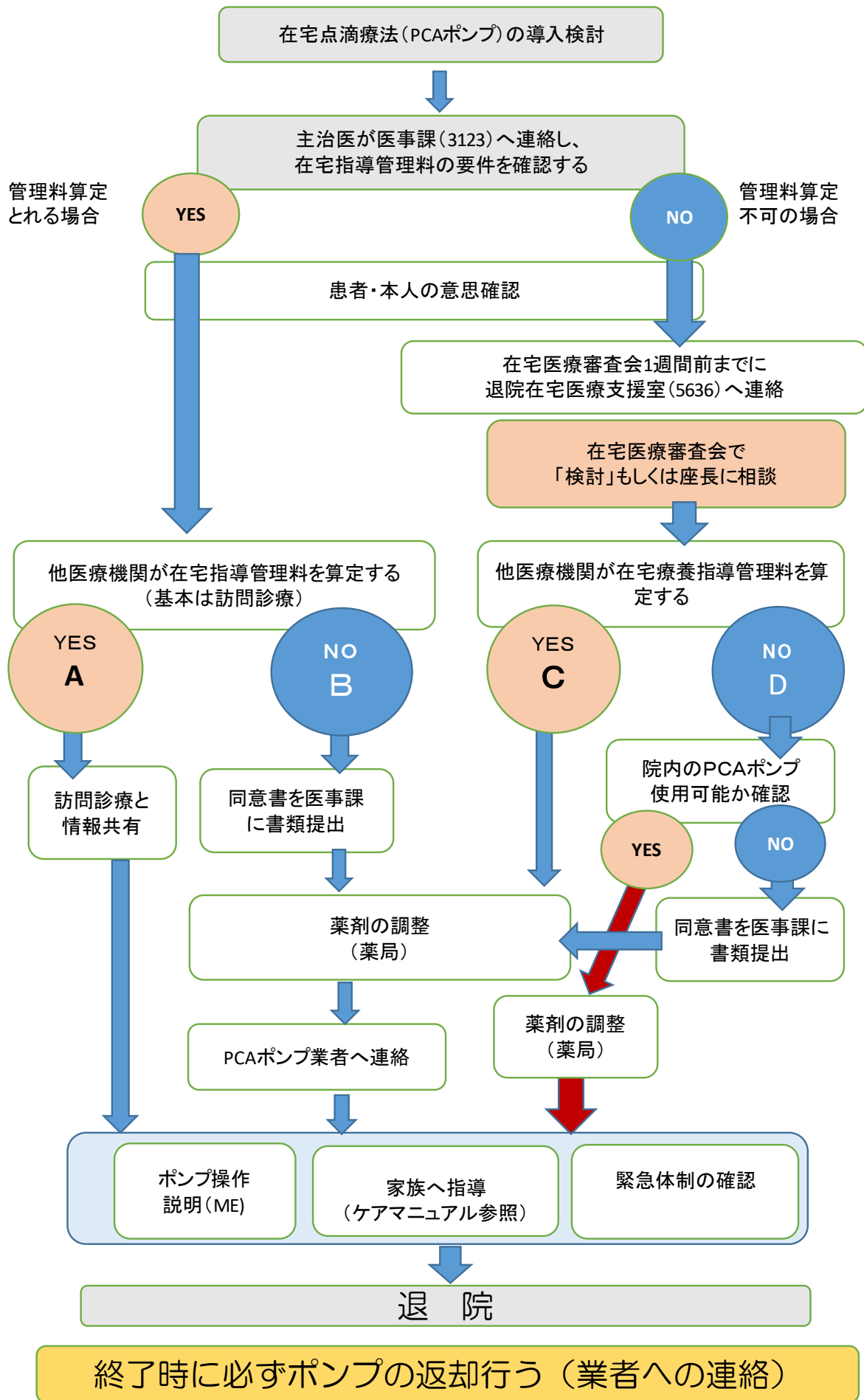
(4) 次月の在宅審査会で、当院所有のポンプを使用したか結果を书面報告する。

5 注意点

(1) 当院所有のCADDポンプを使用する場合、ポンプ使用のための患者管理開始の申請書・処方・説明書の提出は不要とする。

(2) 当院所有のCADDポンプの在庫が3台になることが予測された時点で、MEから主治医へ連絡する。対象者の患者と院内患者、どちらにレンタルのポンプを使用するか検討・決定する。

(3) 対象患者のポンプを院内所有からレンタルのポンプへ変更する場合は、主治医から家族へ連絡し、次回の薬液交換時にポンプの変更と業者からの説明を行う。同時に、「在宅腫瘍化学療法注射の開始申請書・処方・説明書・同意書」を作成し、医事・診療情報管理課に提出する。



在宅PCAポンプ 医療者向けチェックシート

様

*院内スタッフが、ご家族と共に各ステップ毎に状況確認・必要項目を把握するためのシートです。

*状況により、内容は変わります。項目を追加・削除しながらご利用下さい。

*A～Dの表記については、在宅医療の手引き（在宅PCA）の内容をご参照下さい。

◆院内スタッフ 医師 () () () 科: ()
病棟看護師 () 外来看護師 ()
入退院・在宅医療支援室 () ソーシャルワーク室 ()
IME () その他 ()

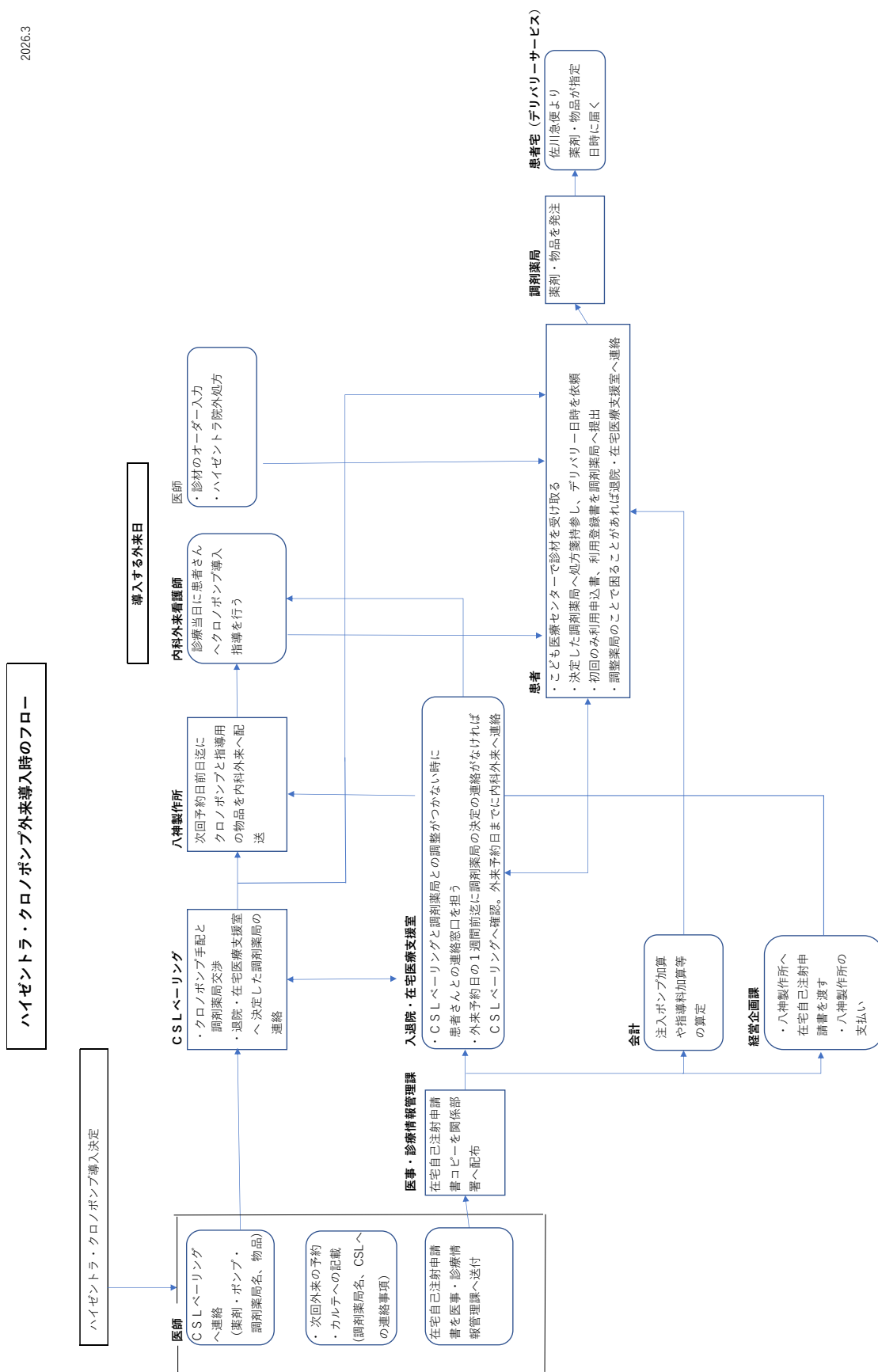
	STEP 0	STEP 1	STEP 2退院	ポンプ終了	
主治医	在宅検討期・意思確認 <input type="checkbox"/> PCA導入を医療者間で話し合い(Dのみ支援室へ連絡) <input type="checkbox"/> PCA導入を検討している旨を医事課(3124)に連絡し、管理料算定可能か確認する <input type="checkbox"/> PCA導入後の大まかな生活のイメージを本人・家族へ説明 <input type="checkbox"/> PCA導入して在宅生活を送ることを家族・本人へ説明し意思確認をする <input type="checkbox"/> エントリシートを記入(Dのみ最大利用期間は3ヶ月) <input type="checkbox"/> ポンプ使用期間を確認 <input type="checkbox"/> 必要時、薬剤科に連絡する	退院準備期 <input type="checkbox"/> (B・Dのみ)在宅悪性腫瘍等患者管理に関する開始申請・処方・説明書・同意書を記載 <input type="checkbox"/> CEに連絡 <input type="checkbox"/> (B・Dのみ)ポンプ業者に連絡する <input type="checkbox"/> 本人・家族へ使用中の注意点について説明を行う <input type="checkbox"/> PCAポンプの説明を行う ⇒ (□医師 □CE □業者) <input type="checkbox"/> 必要な物品購入の説明 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応を説明する <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡経路を確認する <input type="checkbox"/> (A・Cのみ)他院への紹介状作成	退院 <input type="checkbox"/> 次回外来日・デイ入院日の確認 <input type="checkbox"/> (B・Dのみ)持参物品の確認	初回外来 初回デイ入院 <input type="checkbox"/> ポンプトラブルの有無 <input type="checkbox"/> 病状の確認 <input type="checkbox"/> PICC・CVの刺入部消毒 <input type="checkbox"/> ポンプの電池交換 <input type="checkbox"/> ポンプの流速確認 <input type="checkbox"/> 次回の外来	ポンプ終了 <input type="checkbox"/> 患者・家族からポンプを回収 <input type="checkbox"/> 業者へ連絡 <input type="checkbox"/> 在宅悪性腫瘍等患者管理の中止届を医事課に提出
病棟看護師 外来看護師	<input type="checkbox"/> PCAポンプ使用中の生活について情報提供する <input type="checkbox"/> 患者・家族がPCA導入後の生活がイメージできているか確認	<input type="checkbox"/> 本人・家族へチェックシートの説明を行う <input type="checkbox"/> お子様の体調や症状を把握できるよう指導を行う <input type="checkbox"/> ケアマニュアルを用いて説明を行う <input type="checkbox"/> ポンプチェックリストを用いて本人・家族の技術習得を確認する <input type="checkbox"/> 緊急時の対応を確認する	<input type="checkbox"/> 次回外来日・デイ入院日の確認 <input type="checkbox"/> 持参物品の確認 <input type="checkbox"/> 退院後に關わる関係機関の確認	<input type="checkbox"/> 在宅生活の不安点を確認 <input type="checkbox"/> ケアの実施状況確認 <input type="checkbox"/> お子様の状態や様子把握 <input type="checkbox"/> 機器・在宅物品の確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応・連絡先を再確認	<input type="checkbox"/> ポンプの返却確認
入退院・在宅医療支援室 ソーシャルワーク室	<input type="checkbox"/> 利用している地域支援サービスの確認	<input type="checkbox"/> 在宅支援サービス・福祉サービスの情報提供を行い、必要時調整 <input type="checkbox"/> (A・Cのみ)緊急時の連絡先を確認する <input type="checkbox"/> (A・Cのみ)薬品管理について、地域と調整する <input type="checkbox"/> (A・Cのみ)管理料・物品払い出しに関して、地域と調整する	<input type="checkbox"/> (A・Cのみ)退院後のポンプや物品の切り替え時期を確認する	<input type="checkbox"/> 中止届の確認 <input type="checkbox"/> ポンプ返却の手続き完了の確認	

※この用紙は入院中、病棟看護師が確認しながら、完了した項目はチェックを入れてください。不要な項目はフォントの色をグレーにして消してください。しおり機能も確認できるようにしてください。

※退院までに、STEP2の退院の項目までは確認を終えて下さい。

※ポンプ終了を確認したら、電カレに取り込みます。

主治医サイン



IX 退院前訪問、退院後訪問について

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を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

家族が在宅移行の意思決定ができた後の早い時期

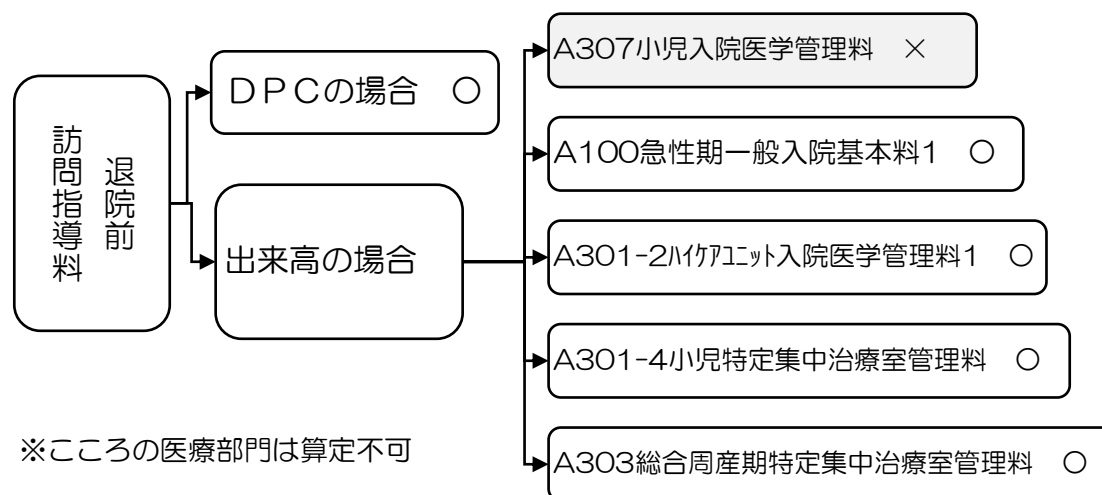
4 訪問者

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、ソーシャルワーク室（以下、相談室）担当者、入退院・在宅医療支援室（以下、支援室）看護師、必要時理学療法士

5 服務：出張

6 診療報酬：次表のとおり（○は算定可。×は算定不可。）



7 訪問記録

訪問者は、別紙「退院前訪問記録」に記載する。

※医師あるいは看護師のみが訪問した場合も記録は「退院前訪問記録」用紙を使用する。記録は訪問者全員に回覧後に「退院前訪問記録」と「同意書」の原本をスキャンする（病棟クラークに依頼することも可能）。

8 退院前訪問の手順（※表「退院前訪問の手順」参照）

※表中、医事・診療情報管理課を医事課と表記する。

9 報告

退院前訪問の状況を在宅医療審査会で報告する。

退院前訪問の手順

時期	担当者	手順
在宅医療機器導入を決定した時	医師	在宅医療機器導入の際、退院前に療養環境確認のため「退院前訪問」が必要となる可能性があること、「退院前訪問」の職員の交通費は患者負担となることを家族に説明する。
院内外泊が終了した頃	チーム全員	退院前訪問の必要性を検討する。
	相談室/支援室	「退院前訪問のご案内」を家族に渡し、同意書を受け取る。 同意書のコピーを医事・診療情報管理課に渡す。 日時の調整を行う。 原則公共交通機関または公用車を利用するが、やむを得ずタクシーの利用が必要な場合は、事前に総務課へ相談する。
	医事課	同意書のコピーを総務課・医事事務委託事業者に渡す。
日時決定後	医師	退院前訪問の指示を出す（診療録へ訪問予定について記載する）。
訪問前	チーム全員	訪問前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。

退院前訪問実施

退院前訪問当日または翌日	医師 病棟看護師 相談室 支援室 PT（必要時）	訪問者全員：「退院前訪問記録」の項目にそって課題、対策などについて協議する。 相談室（支援室）：訪問翌日（次の平日）までに記録を作成する。 訪問者全員：内容を確認しサインする。
退院前訪問後1週間以内	相談室/支援室	記録に訪問者全員がサインしたことを確認する 「退院前訪問記録」と「同意書」の原本をスキャンする（病棟クラークに依頼することも可能）
	相談室/支援室	公共交通機関を利用して訪問した場合は 、訪問者それぞれが出張伝票を記載し、用務内容に「退院前訪問」と記入して総務課に提出する。 公用車を利用し、有料道路利用料や駐車料金が発生した場合は 、領収書のコピーを医事・診療情報管理課に提出し、原本は立替金請求書とともに総務課に提出する（5日以内）。 「訪問記録」と「同意書」のスキャンをする。
	総務課	出張伝票をもとに交通費計算にかかわる決裁を受け、文書を医事課に渡す。 交通費（必要時通信費：上限120円）を訪問した職員に支給する（公共交通機関使用で通勤手当を受給している場合その区間を引いた交通費、公用車の場合通信費のみ）。
	医事課	総務課の決裁文書を受け、請求書をもって訪問に要した交通費を患者へ請求する。

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〔病棟看護師、入退院・在宅医療支援室担当者、ソーシャルワーク室担当者、理学療法士、その他は必要と判断した職種〕

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(公用車及び公共交通機関等の利用料金)について「神奈川県立病院機構の料金に関する要領」に基づき算出した金額が患者さんのご負担となります。(タクシー利用の場合もあり。公用車の場合は、病院が設定した訪問ルートにより算出します。)

お問い合わせ

ご不明な点はソーシャルワーク室または入退院・在宅医療支援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 ソーシャルワーク室または入退院・在宅医療支援室

TEL045-711-2351

退院前訪問同意書

説明年月日 年 月 日
説明者 (医師名・捺印)

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します。

なお、退院前訪問に係る交通費、訪問にかかる費用は、患者または保護者が負担します。

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

説明を受け同意された方 (保護者)

氏名： _____ (続柄： _____)

住所 (訪問先)： _____

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

交通費については「神奈川県立病院機構の料金に関する要領」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】西暦 年 月 日

【訪問者】 所属：氏名

(:)
(:)
(:)
(:)

退院前訪問記録

患者家族支援部

訪問年月日：西暦 年 月 日 訪問時間： 時 分 ～ 時 分 訪問者： ソーシャルワーク室 () 入退院在宅医療支援室 () 病棟 (病棟) その他 ()	患者番号： 患者氏名： 生年月日：
地域支援者	訪問看護ステーション： (担当者名) 訪問看護ステーション： (担当者名) 在宅医： (医師名) 医療的ケア児コーディネーター： () その他： ()
住宅環境	戸建て・集合住宅(階/ 階建て・エレベーター:有・無) 駐車場 (無・有) 駐車場から玄関までの距離 約 m 緊急車両の停車位置 (無・有) 障害となりうるもの() 電圧 (A)
建物外	駐車場から玄関までの段差 (課題無・課題有 :)
玄関・廊下	玄関の段差 (課題無・課題有 :) 廊下の幅 (課題無・課題有 :) 生活動線 (課題無・課題有 :)
生活スペース	寝具：布団・ベッド (課題無・課題有 :) 呼吸器設置場所 (課題無・課題有 :) 電源 (課題無・課題有 :) 家族からの視野 (課題無・課題有 :) 寝具以外の生活用具 (課題無・課題有 :)
浴室	スペース (課題無・課題有) 具体的な課題：(入浴方法のイメージ化)
災害時	広域避難場所までの距離 (約 m または 約 km) 電源の確保 (課題無・課題有 :)
訪問記録	

記載日： 年 月 日

記載者： _____ (ソーシャルワーク室)

_____ (入退院・在宅医療支援室)

2026年3月改訂

退院後訪問運用基準

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、退院後の患者の状況や介護力等を考慮して医療ケア方法を見直し、修正を行う。

また、地域の訪問看護師と共に訪問し医療ケア方法の共有を行うことでスムーズな在宅への移行を促す。

2 対象患者

在宅医療ケアを必要とする退院患者（初めてTPPVで人工呼吸器を導入した患者は必須）

※診療報酬算定基準の別表8に該当する患者

3 訪問時期

退院後1か月以内に行う。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

医師、または医師の指示を受けた看護職（保健師・助産師・看護師）を含む職員。

具体的には、当院在宅医療プロジェクトチームのメンバーから数名（入退院・在宅医療支援室担当看護師、ソーシャルワーク室担当者、病棟看護師、理学療法士、その他必要と判断した職種）とする。

※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：退院後訪問指導料（B007-2）が算定できる。

退院した日から起算して1月（退院日を除く）を限度として5回に限り算定する。580点

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護職と同行し指導を行った場合には訪問看護同行加算として退院後1回に限り20点を加算できる。

7 訪問記録

指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。入退院・在宅医療支援室看護師が「退院後訪問記録」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し、電子カルテにスキャンすることで診療録等への記載とする。

8 訪問手順（※表「退院後訪問の手順」を参照）

表中、医事・診療情報管理課を医事課、と表記する。

9 報告

退院後訪問で確認した状況を在宅医療審査会で報告する。

退院後訪問の手順

時期	担当者	手順
院外外泊が 終了した頃	チームメンバー	退院時の医療ケアの状況を考慮し、退院後訪問の必要性を検討する。
	医師	医師は退院後訪問が必要であること、訪問時の交通費は患者負担となることを家族に説明する。
	支援室	「退院後訪問のご案内」を家族に渡し同意書を受け取る。 同意書のコピーを患者・家族と医事課に渡す。 原則公共交通機関または公用車を利用するが、やむを得ずタクシーの利用が必要な場合は、事前に総務課へ相談する。
	医事課	同意書のコピーを総務課・医事事務委託事業者に渡す。
退院前～ 退院後早期	支援室	患者・家族、地域の支援者と相談し、訪問日を調整する。 訪問前にチーム内でカンファレンスを行い訪問の目的や確認事項を共有する。
日時決定後	医師	退院後訪問の指示を出す（診療録に記載する）。

退院 退院後訪問実施

退院後訪問 当日または 翌日	支援室	「退院後訪問記録」を記載し、医師を含めたチーム内で共有する。また、在宅医療審査会で報告する。 「退院後訪問記録」と「同意書兼申込書」の原本をスキャンセンターに回す。
訪問後 5日以内	支援室 病棟看護師他	公共交通機関を利用して訪問した場合は 、訪問者それぞれが出張伝票を記載し、用務内容に「退院前訪問」と記入して総務課に提出する。 公用車を利用し、有料道路利用料や駐車料金が発生した場合は 、領収書のコピーを医事・診療情報管理課に提出し、原本は立替金請求書とともに総務課に提出する(5日以内)。
訪問後 1週間以内	総務課	出張伝票をもとに交通費計算にかかわる決裁を受け、文書を医事課に渡す。 交通費（必要時通信費：上限120円）を訪問した職員に支給する（公共交通機関使用で通勤手当を受給している場合その区間を引いた交通費、公用車の場合通信費のみ）。
	医事課	総務課の決裁文書を受け、請求書をもって訪問に要した交通費を患者へ請求する。

退院後訪問のご案内



病院から地域の訪問看護ステーションへ、医療ケアのスムーズな引き継ぎや在宅での医療ケアの見直しを目的に、入退院・在宅医療支援室の看護師が地域の訪問看護ステーションと一緒に訪問いたします。

より安定し快適な生活を過ごすために、患者さん・ご家族が困っていることを一緒に考え、暮らしのサポートをさせていただきます。

次のような目的で訪問を行います

- ・家庭内の環境に合わせて退院前に指導されたケアの修正
- ・退院後の医療ケアについて地域の訪問看護ステーションへの引継ぎ
- ・生活リズムに合わせた医療ケアの微調整・・・など

対象となる方は以下の要件が必要となります

- ・医療ケアを行いながら退院された方
- ・当院で外来治療中の方
- ・ご本人またはご家族の同意が得られる方

ご利用回数と担当者

ご本人の状態にあわせて、退院後1か月間に限り、原則1回の訪問になります。

地域の担当訪問看護師とともに当院在宅医療プロジェクトチームのメンバーから数名〔入退院・在宅医療支援室担当者、ソーシャルワーク室担当者、病棟看護師、理学療法士、その他必要と判断した職種〕が訪問いたします。

事前にお約束させて頂いた日時に伺います。

ご利用料金について

各種健康保険が適応となります。訪問にかかる交通費（公用車及び公共交通機関等の利用料金）について「神奈川県立病院機構の料金に関する要領」に基づき算出した金額が患者さんのご負担となります。（タクシー利用の場合もあり。公用車の場合は、病院が設定した訪問ルートにより算出します。）

お問い合わせ

詳しい説明やご質問は入退院・在宅医療支援室にお問い合わせ下さい。

神奈川県立こども医療センター
入退院・在宅医療支援室TEL045-711-2351

退院後訪問同意書

説明年月日 年 月 日
説明者 (医師名・捺印)

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、修正のための訪問について、充分説明を受け理解しましたので、訪問を受けることに同意致します。

なお、訪問に係る交通費・訪問にかかる費用は、患者あるいは保護者が負担します。

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

説明を受け同意された方 (保護者)

氏名： _____ (続柄： _____)

住所 (訪問先)： _____

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

交通費については「神奈川県立病院機構の料金に関する要領」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】西暦 年 月 日
【訪問者】 所属：氏名 (:)
(:)
(:)
(:)

退院後訪問記録

患者家族支援部

訪問年月日：西暦 年 月 日 訪問時間： 時 分 ~ 時 分 訪問者：病棟（病棟） 入退院在宅医療支援室（） ソーシャルワーク室（） その他（）		患者番号： 患者氏名： 生年月日：		
地域支援者	訪問看護ステーション：（担当者名） 訪問看護ステーション：（担当者名） 在宅医：（医師名） 医療的ケア児コーディネーター：（） その他：（）			
バイタルサイン	体温	℃	脈拍	回/分
	呼吸	回/分	血圧	/ mmHg
	SpO2	%		
環 境	室 外	駐車場から玄関までの動線に問題はないか（距離・段差・その他） 良・不良（）		
	室 内	玄関からベッドまでの動線に問題はないか（段差・幅・階段・その他） 良・不良（）		
	居住スペース	在宅療養に適した環境整備ができていないか（彩光・空調・寝具類・その他） 良・不良（）		
	浴 室	入浴・シャワー浴が適切に行えているか（浴室までの動線・浴室スペース・入浴方法・その他） 良・不良（）		
	医療機器	医療機器が適切に配置されているか（酸素・吸引機・その他） 良・不良（）		
医 療 的 ケ ア	人工呼吸器	呼吸器は適切な場所に設置されているか（架台・コンセント） 良・不良（）		
		医師の指示通り装着できているか 良・不良（）		
		アラームの対応ができていないか（リーク・音量・その他） 良・不良（）		
		加湿が適切にされているか（分泌物の粘稠度・回路の水滴・加温加湿器の設定等） 良・不良（）		
	栄 養	退院時の栄養が摂れているか（注入内容・量・時間・その他） 良・不良（）		
	移 送	スムーズに移送ができていないか（バギーへ・車へ・その他） 良・不良（）		
家 族 支 援	適切な休息が取れているか 良・不良（）			
	家族の役割分担が取れているか 良・不良（）			
診 療 材 料	払い込まれた診療材料が適切か（種類・量・その他） 良・不良（）			
薬 物 コ ン ト ロ ー ル	症状に対して薬のコントロールがされているか（けいれん・緊張・睡眠・排便・尿量・その他） 良・不良（）			

地域の支援者との連携	在宅医	退院後初回訪問（未・済） 調整の必要性・確認事項 ほか
		在宅療養指導管理料（当院・在宅医： 月～移管）
	訪問看護	訪問回数（ 回 / 週 ） 調整の必要性（ ）
		依頼内容が明確に伝えられ、対応できているか（良・不良） 調整の必要性（ ）
		訪問看護師からの確認事項（無・有） 具体的内容
	保育・教育	通園・通学・通所ができているか（良・不良） 調整の必要性（ ）
社会資源		社会資源の活用ができている（放課後デイサービス・児童発達支援・訪問入浴・居宅介護・その他） 調整の必要性（ ）
	社会資源	レスパイトの利用体制が整っている（無・有） 調整の必要性（ ）
訪問記録		
（検討事項）		
<p>記載日：西暦 年 月 日 記載者：_____（_____ 病棟） _____（入退院・在宅医療支援室）</p> <p style="text-align: right;">2026年3月改訂</p>		

X 他院等への救急車(ドクターカー)等を使用した転院搬送について

こども医療センターポータルサイト>所属内ドキュメント>000院内共用>救急車(ドクターカー)の要請手順を参照する

XI 医療評価入院について

1 週末医療評価入院

(1) 目的

在宅療養の確認とご家族の休息

(2) 対象

ア 当院に継続して通院している方(次回外来の予約がある方)

イ 年齢は18歳になった後の最初の3月末日まで

ウ 医療的ケアの有無は問わない

※院内採用以外の人工呼吸器を利用している患者は、対象外とする

(3) 利用期間

金曜日14時入院～月曜日9時(3泊4日)

退院時間に関して、月曜日9時が難しい場合は、日曜日の退院になる。

月曜日が祝日の場合に限り、火曜日9時退院が可能。入院は平日のみとなる。

(4) 調整窓口

入退院・在宅医療支援室

1か月に2回、ベッドコントローラーと調整会議を行う

(5) 利用の流れ

ア 患者家族が登録フォームを利用し登録の申し込みを行う。

イ 入退院・在宅医療支援室から各診療科に登録して良いかの確認を行う。

ウ 主治医の承諾を得たのち、入退院・在宅医療支援室看護師と登録面談を行う。

エ 患者家族が申し込みフォームを通して、利用申し込みを行う。

オ 仮予約が決定したら、入退院・在宅医療支援室から入院希望日2週間前の金曜日12:00までに『仮予約通知』をメールする。

カ 利用する場合、患者・家族はメールで返事をする。

キ 『確定通知』のメールをもって利用確定となる。

※詳細は病床管理マニュアル参照

2 在宅医療評価入院

(1) 目的

長期にわたる在宅療養中の患者の呼吸、栄養、内服等の在宅医療の評価を行い、訪問診療医や訪問看護との連携・調整を行う。

(2) 対象

当院に通院している医療的ケアの必要な患者の中で、主治医もしくは訪問診療医が呼吸、栄養、内服等の調整が必要であると判断した患者

(3) 利用期間

月曜日9時入院～月曜日9時(7泊8日)

退院は原則月曜日9時として、月曜が祝日の場合に限り火曜日9時退院を選択できる

(4) 入院受け入れの流れ

在宅医療を行っている患者を対象に、主治医と相談して受け入れを検討する

(5) 概要

入院期間中に以下の評価、調整を行う。

ア 気道・呼吸器コンサルトチームの介入

イ 栄養評価

ウ 内服薬調整

エ 蘇生指導

オ 地域サービスの再評価、地域関係者とのカンファレンス

※詳細は病床管理マニュアル参照

2010年3月作成
2012年3月12日改訂
2013年4月1日改訂
2020年4月1日改訂
2023年3月1日改訂
2026年3月改訂

XII 地域との共同カンファレンス

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、外来・病棟看護師、ソーシャルワーク室、入退院・在宅医療支援室、PT等

(2) 院外

在宅医、訪問看護ステーション、行政機関、医療的ケア児・者コーディネーター、相談支援専門員、教育機関、保育園、放課後デイサービス等

※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 実施

- (1) 退院2～3週間前にソーシャルワーク室、入退院・在宅医療支援室が院内・外の関係機関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：ソーシャルワーク室、入退院・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

ア こどもと家族の退院後の生活についての情報共有と確認

病状・入院経過について

病棟看護師から見た看護のポイント・家族の様子

新規の医療的ケアと家族の手技習得状況

当院と地域支援者の役割の明確化

緊急時の対応と連絡体制の確認

成長過程に伴って生じることが予測される課題の共有

イ こども・家族と地域の支援者が顔合わせをし、退院後の生活について一緒に考えていく

- (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、ソーシャルワーク室または入退院・在宅医療支援室は「退院時共同指導説明書」を記入し、家族へ説明してサインをもらう。退院時共同指導料算定のため2部コピーを取り1部は医事・診療情報管理課へ提出しもう1部はカルテに保存する（分類：共通説明書：その他）。必要に応じてコピーを訪問看

護ステーションへ渡す。

※退院時共同指導料は退院時に算定できる。そのため、退院時共同指導説明書のサインをもらったら速やかに医事課へ（少なくとも退院月には渡す）。退院までにサインがもらえなかったら、医事課にその旨つたえる

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。

2014年4月退院・在宅医療支援室

2023年4月改訂

2026年3月改訂

XIII 在宅療養をする子どもの救急蘇生指導

1 目的

在宅生活で子どもが急激な状態悪化を起こした時、適切な対応を受けるために、家族が救急蘇生の必要な場面理解と方法を身につける

2 適応

- (1) 在宅呼吸器を導入する子どもと家族
- (2) 気管切開を持つ子どもと家族
- (3) 病状により在宅生活で救急蘇生法が必要となる可能性を持つ子どもと家族

3 必要物品

蘇生バッグ、マスク、蘇生人形、「小児の心肺蘇生フローチャート」、
「緊急時対応の訓練に関する説明書」、「緊急時連絡カード」

4 運用手順

(1) 準備

- ア 主治医が救急蘇生指導の必要性を検討し、決定した場合は、病棟看護師に意向を伝える。
- イ 主治医が指導することが難しい場合は、主治医より総合診療科（PHS：5225）へ連絡し、併診依頼を出す
- ウ 病棟看護師は、指導担当医師に実施日の日程調整、必要な蘇生人形や物品の確認を行う
- エ 病棟看護師は、日程が決まり次第、物品の予約や準備、場所の調整を行う
- オ 病棟看護師は、事前に指導を受ける家族へマニュアルを渡し、動画の視聴をすすめマニュアルに目を通してもらうように説明する

(2) 指導日

- ア 病棟看護師は、部屋に必要物品を準備する
- イ 指導担当医師は指導マニュアルに沿って指導を行う
- ウ 病棟看護師は、指導に同席が望ましいが、出来ない場合は必ず指導後に家族の理解度を確認する
- エ 指導後、指導担当医師は「緊急対応の訓練に関する説明書」を記載し、家族にサインをもらう
- オ 病棟看護師は、記載済みの「緊急対応の訓練に関する説明書」を1部コピーし、原本は家族へ渡し、コピーはカルテへスキャンをする
- カ 主治医は、「緊急対応の訓練に関する説明書」を確認し、必要時家族へ追加の説明を実施する
- キ 病棟看護師が中心となり、「緊急時連絡カード」を家族・主治医と相談して完成させ、家族に渡す

5 留意点

- (1) マニュアル以外の書面を使用して蘇生指導を行った場合は、使用した資料を電子カルテにスキャン依頼し、「緊急対応の訓練に関する説明書」の3) その他に記載する

緊急時連絡カード

救急車の呼び方

① 119番へ電話 火事ですか?救急ですか?

『救急です!』

② 年齢と名前

『 歳 女・男 名前: 』

③ 電話番号と住所

『携帯番号: 』

『住所: 』

④ かかりつけ病院

『 』

●何かあった時のためにメモしておきましょう!●

病名

こども医療センターの主治医(診療科)

緊急時の搬送先病院

病院名:

連絡先:

内服している薬

医療的ケア

人工呼吸器(機種名:)

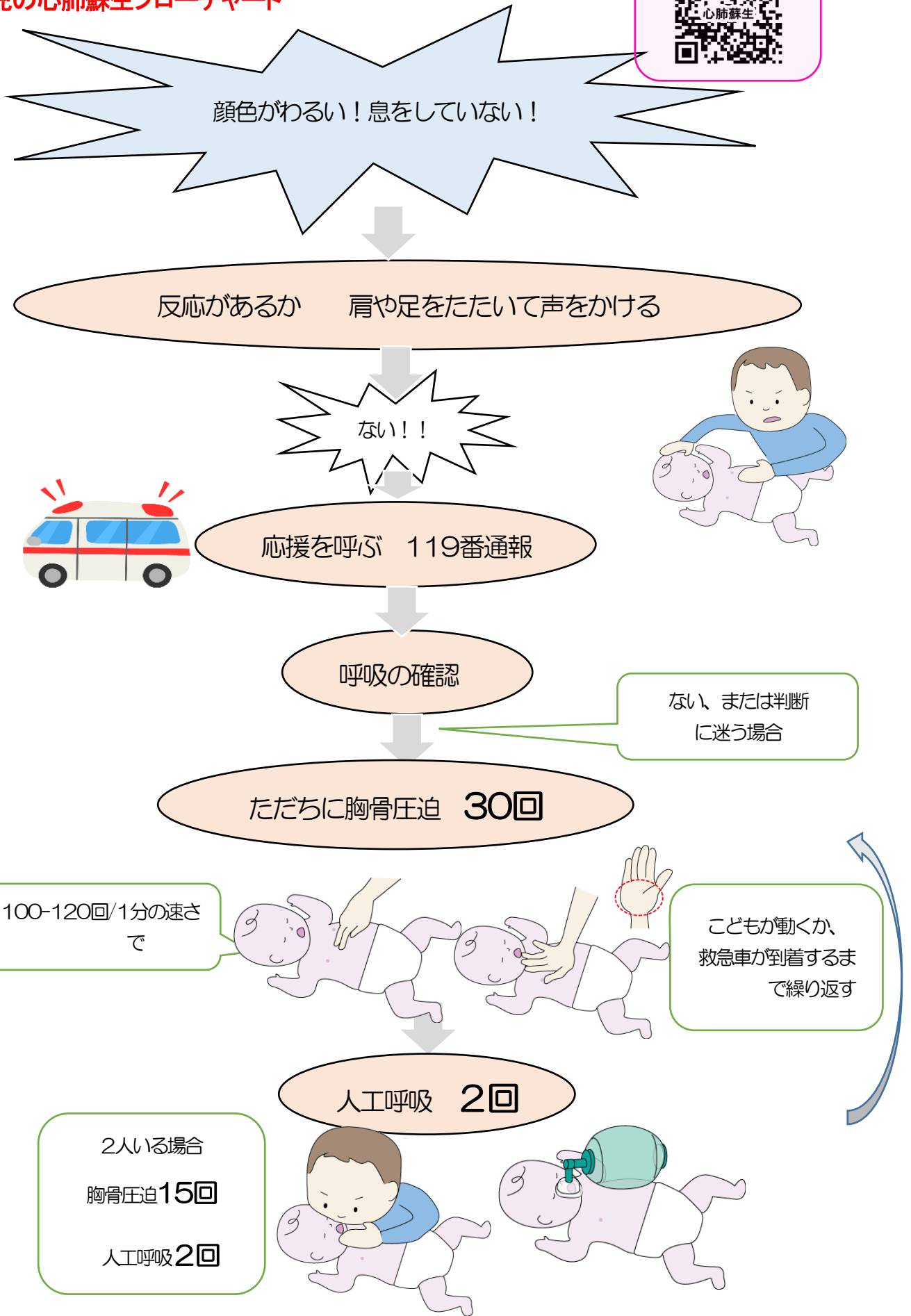
気管カニューレ:種類()、サイズ()

中心静脈カテーテル:CV・PICC・ポート

栄養方法:胃瘻・経鼻栄養カテーテル

その他:

小児の心肺蘇生フローチャート



<気管切開のお子さんの場合>

動画でご覧いただけます



様子がおかしい!

応援を呼ぶ

人がいたら119番通報

カニューレトラブルの確認

カニューレが抜けている
吸引チューブが挿入できない

ただちにカニューレ交換

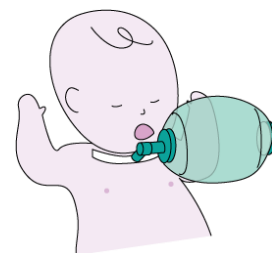
自己膨張式バッグでバギング

改善ない場合心肺蘇生を繰り返す

胸骨圧迫 30回

人工呼吸 2回

救急車を呼んでいなかったら
119番通報



2人いる場合
胸骨圧迫15回
人工呼吸2回

呼吸器装着中の場合、落ち着いたら呼吸器回路の確認

呼吸器にテストラングをつけて膨らむか

ふくらまなければ回路交換

神奈川県立こども医療センター

在宅医療の手引き

作成：神奈川県立こども医療センター在宅医療審査会
無断使用、転載禁止

2008年初版
2023年第2版
2024年第3版
2026年第4版