

- ・医療的ケア児及びその家族が、必要なケアが受けられ在宅に移行するために活用する。
- ・退院前カンファレンスでの検討に活用する。
- ・院内での役割及び地域での役割分担を確認し共有するために活用する。
- ・医療的ケア児及びその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。
- ・（ ）内に担当者名を記載し支援者間で共有する。

使用開始日（ ）

○○○○様

在宅移行に向けた支援シート（支援者用）

ス	自宅での生活を検討する時期	自宅外泊・退院準備期			外出・外泊調整期	退院前カンファレンス	退院	在宅医療開始							
テ	在宅移行意思決定を保護者と院内スタッフで検討し共有する	自宅での生活について具体的なイメージを持ち必要な技術を習得する。			<ul style="list-style-type: none"> ・安全に外出・外泊ができる。 ・外泊中の不安点を確認し、解消する。 ・帰院後体調を崩さない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅に向けて問題点を整理し、解決を確認する。 ・支援者とその役割を確認する。 	安全に退院する。	退院後在宅医療での不安点を確認し、解消する。							
		【家族と院内の情報共有】	【在宅イメージ】	【ケアの技術習得】											
ジ	<ul style="list-style-type: none"> □予想される障害を含めた子どもの成長・発達に関する説明をする。（ ） □保護者への在宅意思を確認する。（ ） □在宅に向けた今後の流れを説明する。（ ） □保護者の思いを確認する。（ ） □子育てに関する考え方について確認する。（ ） □ご家族用応援マップの使い方を説明する。（ ） □住居等に関する情報収集を行う。（ ） □障害受容や心配な事の面談を行う。（ ） □現在利用している制度の確認を行う。（ ） □今後利用可能な社会資源の情報提供を行う。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □家族が覚えるケアについて説明する。（ ） □必要な医療用具を説明する。（ ） □医療用具業者に必要な医療用具等について調整する。（ ） □退院後のイメージを形成する。（ ） □家族の受入状態を確認する。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □在宅に向けた必要な支援を明確にする。（ ） □自宅見取り図、24時間家族対応表（別紙2）を確認し、家族に無理のない在宅サポートを整理する。（ ） □自宅を訪問し、子どもの療育環境を確認する。必要に応じて医療機器の配置等整備する。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □子どもの状態変化時の対応について家族に説明する。（ ） □通所、療育等必要性について説明する。（ ） □子どもの状態変化時の対応を直接教える。（ ） □医療機器の使い方とメンテナンス方法について教える。（ ） □手技指導を行う。（ ） □トラブルへの対応、急変時の対応方法を教える。（ ） □移乗、移動時の対応について教える。（ ） □ポジショニングの指導を行う。（ ） □バギーやマットを作成する。（ ） □内服内容を確認する。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □退院前の注意項目を説明する。（ ） □緊急時の受診目安と受診方法を説明する。（ ） □自宅外出、自宅外泊の可否判断を行う。（ ） □自宅外出、外泊の計画と評価を行う。（ ） □不足している技術の再確認を行う。（ ） □必要物品の購入等を確認する。（ ） □退院後の訪問日を調整する。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> <カンファレンス準備> □退院前カンファレンスの資料を作成する。（ ） □看護サマリーを作成する。（ ） <カンファレンス当日> □児の概要説明、成長に伴う課題、必要な支援等説明を行う。（ ） □児の看護説明、手技等の注意点を説明する。（ ） □保護者の評価、気になる点と課題解決法を説明する。（ ） □児の療育説明を行う。（ ） □外出、外泊時の状況と評価について説明する。（ ） □院内から地域へ支援を転嫁するため地域支援者に情報を伝達する（院内看護師→訪問看護師、医療ソーシャルワーカー→保健師・相談支援専門員、院内リハビリ担当→地域療育担当等） □退院後のケア会議の日程及び場所を決める。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □退院後の相談先を確認する。（ ） □次回受診日及び緊急時の対応について最終確認を行う。（ ） □必要物品の購入等を確認する。（ ） □医療物品リストの最終決定を行う。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □児の在宅での状況を確認し必要な診療を行う。（ ） □ケアの確認を行う。（ ） □保護者の大変さをねぎらい、承認と励ましを行う。（ ） □家族の不安や心配を確認し、課題解決につなげる。（ ） □保護者以外の家族（児のきょうだい）等の様子も確認する。（ ） □退院後、1か月以内に自宅を訪問する。（ ） 							
									<ul style="list-style-type: none"> □院内調整会議のとりまとめを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> □在宅に向けて、医師、看護師、リハビリ担当等院内関連職種と支援内容を共有し、方向性を確認する。（ ） □家族相談窓口担当を決める。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □地域（保健師、訪問看護師、相談支援専門員）に連絡し、子どもと家族の情報を共有する。（ ） □市町村保健師と共に、ライフステージでのサービスチェック表（別紙1）社会資源を整理し、保護者と情報共有の上、必要な手続きを行う。（ ） <社会資源> ・在宅支援・福祉サービス ・機器のレンタル・購入 ・社会保障制度（手帳、医療費助成、各種手当） ・学校や通学の見通し 	<ul style="list-style-type: none"> □訪問看護指示書、診療情報提供書等作成する。（ ） □自宅外泊等が決まったら呼吸器業者（必要な場合）に連絡する。（ ） □退院前カンファレンスの出席者依頼を行う。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> ★カンファレンス参加者 <院内スタッフ> □主治医 □病棟看護師 □外来看護師 □医療ソーシャルワーカー □リハビリ担当 <地域> □自治体（地域保健師等） □訪問看護師 □相談支援専門員 □学校 □療育（リハビリ）担当 □訪問薬局 □医療機器業者 □（ ） □（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □退院サマリーを作成する。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □体調や生活の評価を行う。（ ）
									<ul style="list-style-type: none"> □必要に応じて訪問看護指示書や診療情報提供書等修正する。（ ） 	<ul style="list-style-type: none"> □保健師や訪問看護師から報告を受け、必要な支援を検討する。（ ） □退院後、ケア会議に参加する。（ ） 					
地域保健師		<ul style="list-style-type: none"> □院内からの情報提供を受け、家族の情報を収集し整理する。 □社会資源と必要な支援を院内と共有する。 		<ul style="list-style-type: none"> □福祉サービスの確認をする。 □自宅外出・外泊時に家庭訪問を行う。 □緊急時や災害時の準備（福祉避難所の確認、電源の確保、消防団等への連絡）を行う。 □災害時個別支援計画を家族と作成する。 	<ul style="list-style-type: none"> □福祉サービスの手続きの進捗を説明する。 □地域での見守り体制を説明する。 □緊急時・災害時の地域での対応方法（福祉避難所・（必要に応じて）電源）について説明する。 □退院前までに応援団の役割分担を家族に説明し、シートを作成する。（相談支援専門員との連携） 	<ul style="list-style-type: none"> □取扱う医療機器に電源確保が必要な場合、退院前に管轄の消防署、東北電力等に事前に情報提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> □定期的に訪問を続け、養育者の不安軽減を行う。 □地域支援者によるケア会議を実施し、参加者をとりまとめ、支援内容の情報共有を行う。 								
訪問看護師		<ul style="list-style-type: none"> □家族と顔合わせを行い、必要なケアの把握や外出・外泊時の訪問看護の日程を調整する。 □訪問看護について家族の希望を確認し、在宅移行後の訪問看護スケジュールを作成する。 		<ul style="list-style-type: none"> □自宅外泊時に訪問看護を行う。 □退院後訪問の日程・同意を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> □自宅外泊時の訪問看護の状況を説明する。 □退院後の訪問看護スケジュールを説明する。 □看護における注意点を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> □訪問看護指示書を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> □訪問看護を継続する。 □気になることを整理し、ケア会議で共有する。（退院後のケア会議参加） 								
相談支援専門員		<ul style="list-style-type: none"> □院内から情報提供を受け、社会資源等必要な資源を地域保健師と共有する。 			<ul style="list-style-type: none"> □今後必要な福祉サービスや起こり得る課題への対応等について説明する。 □退院前までに応援団の役割分担を家族に説明し、応援団の役割分担シート（別紙3）を作成する。（地域保健師との連携） 		<ul style="list-style-type: none"> □今後起こり得る必要な福祉サービス等を整理し、必要な支援先に連絡する。 □保護者の不安に寄り添い励ましを行う。（退院後のケア会議に出席する） □家族の体調管理やきょうだいの時間確保を検討する。 								
スケジュール	検討日等記載欄	家族対応日等記載欄	家族対応日等記載欄	家族対応日等記載欄	外出日時記載欄 外泊日時記載欄	カンファレンス日時記載欄	退院日時記載欄	退院後初回受診日時記載欄 退院後ケア会議日時記載欄							