

未熟児訪問指導等移譲マニュアル

平成 24 年 2 月

奈良県医療政策部

はじめに

平成 23 年 8 月 26 日成立した「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」が可決・成立し、公布された。この法律の中で母子保健法の一部改正が謳われており、都道府県の権限が市町村に移譲されることとなる。(平成 25 年 4 月 1 日施行)

これに伴い、これまで保健所が実施してきた未熟児訪問指導等をはじめ、養育医療の給付等を市町村で実施することになる。

未熟児等の親たちは、発育・発達や育児に対して不安を抱えていることが多い。養育医療の申請や訪問、相談等で関わりを持つ際は、相手の話をよく聞き、受容し、共感を示すことで信頼関係を築けるよう配慮することが必要である。

発育・発達への不安は、成長と共に解消されるのではなく、成長と共に新たな悩みが生じることを考慮し、安心と自信をもって子育てができるよう長期的な支援が必要である。

特に医療的ケアの必要な乳幼児は、医療機関を退院したのち、在宅療養への移行が円滑に行われ、在宅の療養生活においても疾患や発育上の問題、発達への支援など必要に応じたサービスを適切に受けながら生活を送ることができるよう支援体制の調整が必要である。さらに、子どもに関わる医療機関の医師、看護師、消防署、訪問看護ステーション等の関係機関、福祉サービス、保健師等、多職種が子どもの疾患や発達状況等を共通理解し、支援を行う関係者が個々にサービス提供するのではなく、関係者が常に共同で支援するものであるという共通理解が得られるよう調整する必要がある。このような調整機能を担うのがまさに保健師であり、求められている役割である。このことを踏まえ、市町村保健師は子どもの疾患を理解し地域で活用できるサービスや各種制度等に精通しておく必要があり、日々の情報収集や自己研鑽が必要である。

これまで、保健所保健師は、多くの未熟児や医療的ケアの必要な子どもたちへの支援を通して、様々な経験と支援のノウハウを蓄積してきた。それらの実績から、県では、これまで実施してきた支援方法等を整理し、市町村が今後、母子保健法の一部改正に伴う取り組みを円滑に実施できるよう重要なポイントを整理し、本マニュアルとして作成した。

また、厚生省児童家庭局長通知（昭和 62 年 7 月 31 日 児発第 668 号）にも示されているように、未熟児は、通常、養育上の必要性から訪問指導を必要とするため、出生したすべての未熟児対象として訪問指導を行うことが望ましい。特に養育医療の対象となった児については、全数を対象とした訪問指導の徹底に努めていただきたい。

子どもを取り巻く医療技術や地域のサービス環境は、日々進歩・充実しており状況に応じた内容の更新は必要であろうと思うが、子どもの状況や親の思いに寄り添い、より良いサービスの提供のために当マニュアルをご活用いただきたい。

目次

I	移譲に関する法的根拠	
1	母子保健法の改正後（案）	・・・1
2	未熟児養育事業の実施について (厚生省児童家庭局長通知 昭和62年7月31日 児発第668号)	・・・1
II	市町村における事業のながれ	
1	支援のフロー図	・・・4
2	初回面接	・・・5
3	支援検討	・・・14
4	家庭訪問	・・・15
5	支援判定会議	・・・17
6	医療機関との連絡・調整（情報収集）	・・・18
7	地域での療育体制整備	・・・22
III	保健所の役割	・・・25
IV	おわりに	・・・26

【参考様式】

様式1	面接記録（養育医療申請時面接・相談票）	・・・28
様式2	訪問記録（母子相談記録票）	・・・29
様式3	低体重児出生届（参考例）	・・・30
様式4	未熟児出生連絡票	・・・31

【参考資料】

1	母子保健法の改正（新旧対照表）	・・・32
2	訪問看護ステーション	・・・34

参考：奈良県訪問看護ステーション協議会【 <http://nara-houmonkango-st.com/> 】

I 移譲に関する法的根拠

1 母子保健法の改正後 (案)

○ 低体重児の届出 (母子保健法 第18条)

体重が2,500g未満の乳児が出生したときは、その保護者は、速やかに、その旨をその乳児の所在地の市町村に届け出なければならない。

○ 未熟児の訪問指導 (母子保健法 第19条)

市町村長は、その区域内に所在地を有する未熟児について、養育上必要があると認めるときは、医師、保健師、助産師又はその他の職員をして、その未熟児の保護者を訪問させ、必要な指導を行わせるものとする。

○ 養育医療 (母子保健法 第20条)

市町村は、養育のため病院又は診療所に入院することを必要とする未熟児に対し、その養育に必要な医療(以下「養育医療」という。)の給付を行い、又はこれに代えて養育医療に要する費用を支給することができる。

2 未熟児養育事業の実施について (厚生省児童家庭局長通知)

(*) 移譲に伴う根拠を抜粋しています。

【未熟児養育事業の実施について】

(厚生省児童家庭局長通知 昭和62年7月31日 児発第668号)

未熟児養育事業の実施については、昭和49年10月2日児発第637号厚生省児童家庭局長通知「未熟児養育事業の実施について」により実施してきたところであるが、本年4月1日より地方公共団体の団体事務とされたことに伴い、前記通知を廃止し、本通知により実施することとしたので、下記事項を留意のうえ、適正かつ円滑な実施を期されたい。

第1 未熟児養育についての方針

未熟児は、正常な新生児に比べて生理的に欠陥があり、疾病にもかかりやすく、その死亡率は極めて高率であるばかりでなく、心身の障害を残すことも多いことから、生後すみやかに適切な処置を講ずることが必要である。

このため、医療を必要とする未熟児に対しては養育に必要な医療の給付を行うとともに、必要に応じて保健所職員等により未熟児の保護者に対する訪問指導を行うこととする。

第2 未熟児養育対策

1 低体重児届出の徹底

未熟児の養育対策の万全を期するため、母子保健法第 18 条の規定による低体重児の早期届出の徹底を図る必要がある。

このため、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、母親学級等の機会をとらえてすみやかに届出が行われるよう指導するほか、医師会、助産師会等の積極的な指導協力を得るため、医師会、助産師会との連絡協調を密にし、未熟児の早期把握に万全を期すこと。

2 未熟児養育医療

(1) 対象

養育医療の対象は、法第 6 条第 6 項に規定する未熟児であって、医師が入院養育を必要と認めたものとする。

【母子保健法第 6 条第 6 項に規定する未熟児とは】

この法律において「未熟児」とは、身体の発育が未熟のまま出生した乳児であって、正常児が出生時に有する諸機能を得るに至るまでのものをいう。

なお、法第 6 条第 6 項にいう諸機能を得るに至っていないものとは、例えば、次のいずれかの症状等を有している場合をいう。

ア 出生時体重 2,000 g 以下のもの

イ 生活力が特に薄弱であって次に掲げるいずれかの症状を示すもの。

(ア) 一般状態

a 運動不安、痙攣があるもの

b 運動が異常に少ないもの

(イ) 体温が摂氏 34 度以下のもの

(ウ) 呼吸器、循環器系

a 強度のチアノーゼが持続するもの、チアノーゼ発作を繰り返すもの

b 呼吸数が毎分 50 を超えて増加の傾向にあるか、又は毎分 30 以下のもの

c 出血傾向の強いもの

(エ) 消化器系

a 生後 24 時間以上排便のないもの

b 生後 48 時間以上嘔吐が持続しているもの

c 血性吐物、血性便のあるもの

(オ) 黄疸

生後数時間以内に現れるか、異常に強い黄疸のあるもの

3 未熟児訪問指導

(1) 訪問指導の実施

法第 19 条による訪問指導の実施にあたっては、医療機関等を通じて未熟児の症状等の把握に努めるものとし、指導内容は、当該医療機関の医師等の意見を聞くほか、平成 9 年 4 月 1 日児発第 252 号厚生省児童家庭局長通知「妊産婦及び新生児に対する訪問指導

の実施について」の別紙「訪問指導実施要綱」の第2の6を準用し、特に、合併症又は後遺症等の発現について留意のうえ適切な指導を行うこと。

(2) 対象の把握

訪問指導を徹底するため、常に低体重児の届出状況を把握するとともに、医療機関等との連絡を密にし、対象の把握に努めること。

このため、退院年月日、退院後の住所、及び退院時の状況等について、特に医療機関等からの報告を求めるなど積極的な協力を求めること。

なお、報告を求めるにあたっては、未熟児の出生内容等に関する医療機関から保健所に対する連絡票をあらかじめ関係医療機関に配布しておくこと。

(3) 訪問指導の徹底

未熟児は、通常養育上の必要性から訪問指導を必要とするため、出生したすべての未熟児を対象として訪問指導を行うことが望ましい。特に、未熟児養育医療の対象となった児を重点対象とすること

(4) 事後指導の徹底

訪問指導を行ったときは、母子健康手帳及び関係書類に必要な事項を記入して事後指導の徹底を図ること。

第3 その他

1 妊婦健康診査及び保健指導の徹底

未熟児の出生を防止するためには、未熟児出生の原因となる妊婦の疾病等の予防と早期発見に努め、早期に治療を行うことが必要であるので、妊婦に対する妊娠中の定期的な健康診査及び保健指導の徹底に努めること。

2 医療機関等の協力

未熟児養育事業の円滑な実施を図るため、本事業に直接関係する医療機関はもとより、医療保健関係者等に対し、医師会、助産師会、看護協会等を通じて本事業の趣旨の周知徹底を図るとともに、積極的な協力を求めること。

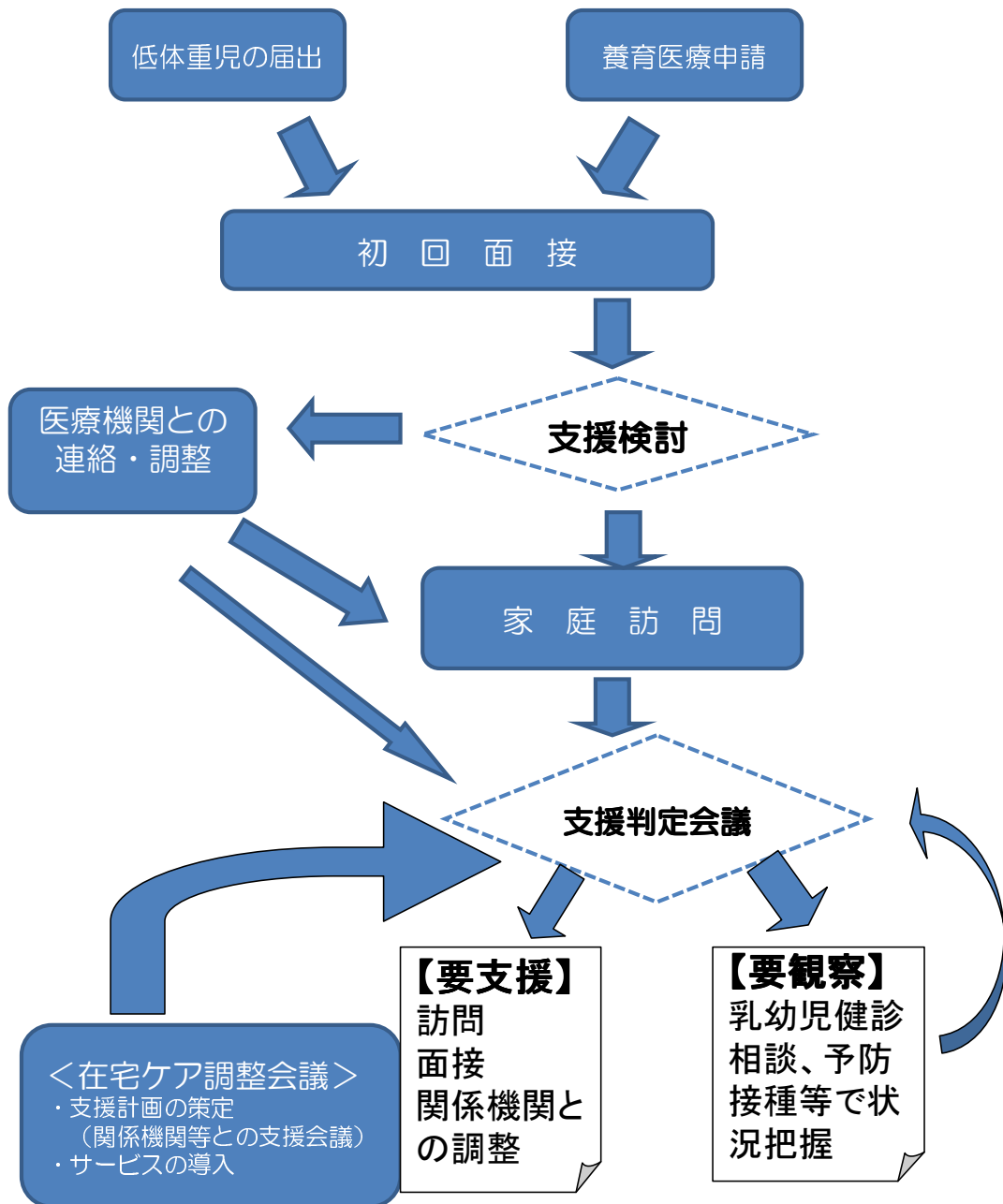
3 広報活動

未熟児養育事業の実施については、未熟児医療にたずさわる医師及び助産師等の医療保健関係者はもとより、母子保健推進員、母子保健地域組織の構成員等に対し、本事業の趣旨の周知徹底をはかるほか、積極的な協力を求めて効率的な運営をはかること。

また、住民、特に妊婦に対し、本事業の趣旨の徹底を図り、母親学級等の保健衛生教育の場を通じて常に未熟児養育上の正しい知識とその方法を普及すること。

II 市町村における事業のながれ

1 支援のフロー図



2 初回面接

身体の発育、発達に未熟性を伴って出生した子どもたちは、特有な問題を抱えている場合が多くある。また、後々の発育・発達にも影響を及ぼす可能性もあるので、継続的な支援を要する場合がある。

そこで、未熟児養育医療の申請があった子どもについては、申請時に保護者との面接を行う必要がある。

(1) 面接時の注意点、心構え

- ・早く小さく生まれた子どもをもつ家庭に対する保健指導において、最も気をつけねばならないのは、母親の気持ちである。一般に母親は「早く小さく子どもを産んでしまった」という自責の念を抱いている場合が多く、出産後、子どもがNICU入院中には、無力感、恐怖感、不安感にさいなまれ、その後、父親を筆頭に家族との児に対する意識のずれを感じていることが多い。面接時は、そのことを念頭に置き、保護者の話に傾聴し、寄り添い、不安の軽減、解消につながる支援を行う。
- ・子ども誕生について、「おめでとう」の気持ちを伝える。出産についてねぎらいの言葉をかける。
- ・子どもをみれば、体は小さく、育てにくい子どもとして認識され、母親の自責の念との葛藤、家族の中での孤立も考えられるので、子どもだけでなく、母子の成長を家族全体として見守る姿勢が必要であり、専門家と家族をつなぐコーディネータとしての役割が重要である。
- ・申請者の表情、口調から子どもに対する感情や子どもの状態の深刻さが判断できる場合もあるので、表情や言葉の端々で気になることは面接用紙に書き留める。
- ・育児不安等について、申請時に相談できる部分に対応する。
- ・養育支援についての相談窓口は市町村の保健師であることを伝える。
- ・母親以外からの申請の場合、母親の状況に配慮しながら早期に母親への支援を始めるように心がける。

(2) 面接時における視点 【※ 参考様式1 参照】

- ・以下の項目について把握する

	視 点	理 由 ・ 根 拠
発育・発達について	・養育医療意見書を確認し、症状の概要及び病名について把握する。	呼吸器系疾患、循環器系疾患、奇形の有無等の確認を行う。
	・養育医療意見書の症状の概要を確認する	

<p>1. 一般状態</p> <p>(1) 運動不安・痙攣</p> <p>(2) 運動異常</p>	<p>脳室内出血 (IVH)</p> <p>在胎期間の浅い胎児期では、脳質周囲に非常に未熟な細胞層があって、この部分が出血の巣になる。この部分の出血を脳質上衣下出血 (I 度) と呼び、最も程度の軽い出血である。出血が強くなると、脳質に穿破して脳室内に血液がたまっていく。これを II 度の脳室内出血、たまった血液のために脳質が拡大した場合 III 度、脳実質にまで進展すれば IV 度と分類する。I 度や II 度の脳室内出血ではまず後遺症は残らないが、III 度や IV 度ではかなりの高率で何らかの後遺症を残す。脳性麻痺の一つの病型である痙性片麻痺や精神運動発達遅滞が多く認められる。</p> <p>脳質周囲白質軟化症 (PVL)</p> <p>脳質周囲の未熟な細胞層の外側に神経繊維が通っているが、この部分は低出生体重児では血液が到達しにくくなっており、原因はまだ十分解明されていない。しかし、その部分が虚血状態、低酸素状態となって細胞が死に、軟化症をきたす。神経線維は下肢へ行く線維で、この部分が障害されると痙性両麻痺、さらに外側まで障害されれば上肢へ行く線維も障害されるので、痙性四肢麻痺という脳性麻痺が残ることになる。在胎期間で見た発症のピークは脳室内出血よりも後にあり、大体 32 週前後である。発症頻度は脳室内出血の半分以下だが、後遺症の出現頻度は高い。</p> <p>水頭症</p> <p>脳質 (水で満たされている) が拡大して、脳を圧迫してしまう病態をいう。症状としては、麻痺、発達遅滞などの症状を呈し、治療は髄液除去、脳質腹腔ドレナージなどである。</p>
<p>2. 体温</p> <p>(1) 摂氏 34 度以下</p>	<p>新生児、とくに未熟児では体表面積が大きく皮下脂肪が少なく、熱産生量が低いために低体温をきたしやすい状況にある。低体温により新生児ではノルエピネフリン (副腎髄質のホルモン、その他交感神経終末などからも分泌される。血圧上昇、血糖上昇作用などがある) が分泌され、肺動脈や末梢血管が収縮する。その結果、肺高血圧による低酸素症が発生し、代謝性アシドーシス (血液が酸性に偏った状態) に陥り、体温環境の改善がなければ、死に至ることもある。</p>
<p>3. 呼吸器 循環器</p> <p>(1) 強度のチアノーゼ持続</p> <p>(2) チアノーゼ発作を繰り返す</p> <p>(3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向</p> <p>(4) 呼吸数が毎分 30 以下</p>	<p>新生児呼吸窮迫症候群 (RDS)</p> <p>新生児呼吸窮迫症候群は、在胎 32 週未満の児に起こりやすい早産児に代表的な呼吸障害である。肺胞表面活性物質である肺サーファクタントの欠乏状態に基づく特徴的な呼吸障害である。肺サーファクタントは、在胎 32 週以後に急激に生産されるようになるが、RDS では肺サーファクタントが欠乏しているために、肺胞の表面張力に抗することができず、肺胞がしぼんでしまう。症状として、特徴的な呻吟、陥没呼吸、多呼吸、チアノーゼを出生早期から認める。治療は、人工換気療法、低濃度の酸素吸入、人工サーファクタント補充療法。</p>

(5) 出血傾向が強い

新生児一過性多呼吸(TTNB)

新生児一過性多呼吸は、在胎37週以前の帝王切開児に多い呼吸障害である。肺水の吸収遅延による一過性の呼吸障害で、多くは自然に軽快する。しかし、時に肺浮腫を続発し、肺出血を起こす場合もある。

胎児期の肺胞液は、出生後急速にリンパ管や静脈から吸収されるが、この吸収過程が遅延することで起こる。症状として、多呼吸、軽度のチアノーゼが出生後早期から持続する。治療は、酸素投与、人工換気。

未熟児無呼吸発作

未熟児無呼吸発作は、早産児に特有の呼吸障害であり、呼吸中枢が未熟なために起こる。「20秒以上持続する無呼吸で、徐脈やチアノーゼを伴うもの」と定義されるが、それより短い無呼吸でも徐脈やチアノーゼを伴うものは治療の適応となる。35週以上になれば、呼吸中枢の成熟によりほとんどの児で無呼吸は消失する。まれに37週以後も無呼吸発作が持続する場合があります。そのような場合は他の疾病を疑い、精密検査を行った方がよい場合がある。治療は、人工換気、呼吸賦活剤の投与。退院基準は、安静時の刺激を要する無呼吸発作が消失すること。刺激を要さないもの、哺乳時の無呼吸発作は退院基準をクリアしている。

慢性肺疾患 (CLD)

日齢28日を超えても酸素が必要で、レントゲン上異常陰影を伴うもの。長期人工換気療法、酸素投与は増悪因子となる。治療は、正常肺が育つまで増悪因子を避け、在宅酸素療法(1~3歳くらいまで)、水分制限(数ヶ月~1歳くらいまで)。増悪因子はたばこ、呼吸器感染症など。

動脈管開存症(PDA)

出生体重1,500g未満の極低出生体重児に比較的好く見られる動脈管開存症は、一般的に先天性心疾患には含めない。動脈管が閉鎖しきっていない場合、大動脈から肺動脈へと血液が流入し、左→右短絡が形成され、その短絡量が多くなると、心不全をきたす。治療は、動脈管を閉鎖させる薬物があり、動脈管の閉鎖を試みます。児の未熟性が強い場合には薬物療法では不十分なことがあり、この場合には手術療法を行う。

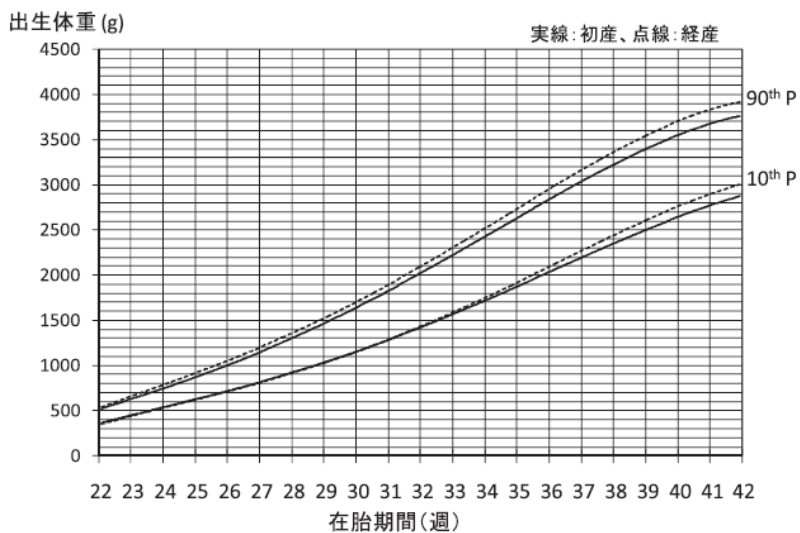
胎児期に長期間低酸素症にさらされた状態や、先天性横隔膜ヘルニアのように肺低形成症が存在した場合、出生後は著明な肺高血圧のため、肺に十分血液を送ることができず、肺動脈から動脈管を通して大動脈へ流れる右→左短絡となり、児は強度の呼吸障害、チアノーゼを呈す。これを新生児遷延性肺高血圧症(PPHN:以前は胎児循環遺残症PFCと呼んでいた)と言うが、極めて危険な呼吸循環障害の一つである。治療は、人工換気療法をいっつつ、肺血管を拡張させる薬物療法を行うが、最近では一酸化炭素ガスの吸入が著効することが報告され、救命率は飛躍的に向上した。

	<p>4. 消化器</p> <p>(1) 生後24時間以上排便がない</p> <p>(2) 生後48時間以上嘔吐が持続</p> <p>(3) 血性吐物・血性便がある</p>	<p>壊死性腸炎</p> <p>壊死性腸炎はより未熟な低出生体重児に起こりやすく、重症の場合は腸穿孔を起こす場合があります、その場合手術的治療が必要となる。病変部を切除し腸瘻を造るので栄養や人工肛門のケアが必要になる。</p> <hr/> <p>胎便病</p> <p>もともと体内の水分が少ない胎児発育遅延の胎便がより粘調になり、腸で最も狭い回腸部を通過できず、小腸の拡張及び腸閉塞症状を呈してくるもので、多くは出生直後から認められる。ガストログラフィンという造影剤を透視下で小腸内にまで注入することで、粘調な便の排泄がなされる。胎便の排泄さえみられれば、後は問題ない。</p> <hr/> <p>胎便栓塞症候群</p> <p>大腸内で非常に粘調な胎便が形成され、排泄困難となり、腸閉塞状態を呈するものをいう。</p>
	<p>5. 黄疸</p> <p>(1) あり(強・中・弱)</p> <p>(2) なし</p>	<p>一般的な黄疸</p> <p>間接型ビリルビンが上昇する高ビリルビン血症をいう。間接型ビリルビンは脂肪に溶けやすく、血液中に過剰に増加すると、脳の基底核や視床などの重要な部分に沈着し、核黄疸となる。その後遺症としてアテトーゼ型脳性麻痺が残る。最近では黄疸の早期発見が確実にでき、光線療法などの治療も確立したため、核黄疸は減多に発症しない。</p> <hr/> <p>その他間接型ビリルビンが上昇する病気：Rh 不適合や ABO 不適合の母児間血液型不適合による溶血性貧血</p> <p>Rh 不適合と ABO 不適合の頻度は、ABO 不適合の方が約5倍多いが、Rh 不適合の方がより重症で、貧血が強くなれば胎児水腫を起こし、生命予後が非常に悪くなる。治療は、黄疸、貧血に対して交換輸血を行う。ABO 不適合で母体の血液型O型、児の血液型がB型またA型の場合に黄疸が強くなることもある。最近ではγグロブリンの大量投与が有効で交換輸血の頻度も減ってきている。</p> <p>生理的黄疸や母乳黄疸が強いものは、光線療法で血中の間接型ビリルビンを下げるが、体重増加の不良な状態(1日平均10g以下)ではビリルビンの低下が悪いので、児には母乳・ミルクを十分飲ませてあげることが必要である。母乳黄疸でも、かなり黄疸が強くならなければ、母乳を中止する必要はない。</p>
	<p>その他の所見</p>	<p>鉄欠乏性貧血(血液疾患)</p> <p>低出生体重児では、母体から胎児への鉄の供給が不十分のうちに生まれてしまうので、鉄欠乏性貧血が起こってしまう。母乳からの鉄供給も非常に少ないので、児が造血を開始する生後2ヶ月頃から鉄剤のシロップを投与して、足りない鉄を補充していく。また、在胎24週前後の低出生体重児では、5ヶ月間の補充が必要である。</p>

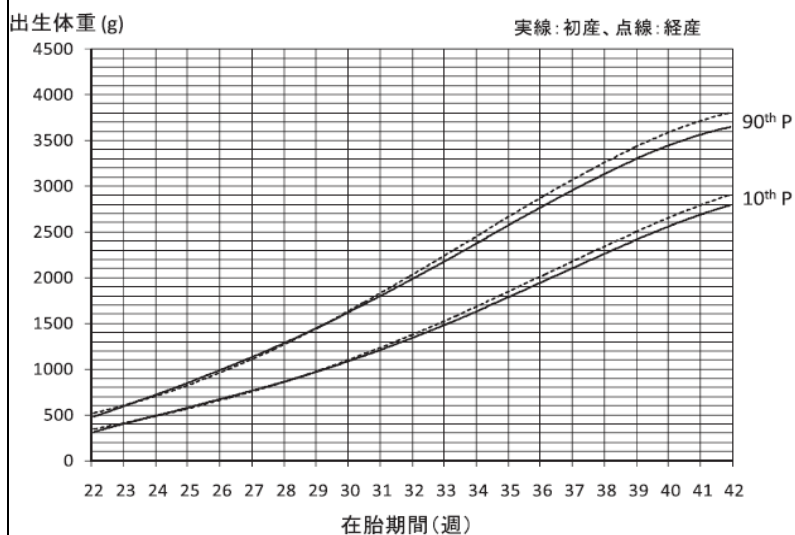
		<p>糖尿病母体児低血糖症（内分泌代謝異常）</p> <p>母体の糖尿病がうまくコントロールされていないと、高血糖のため胎児の膵ランゲルハンス島過形成が起こり、出生後高インスリン血漿によって低血糖を起こしてくる。一般に 40mg/dl 以下を低血糖症と考えるのが妥当である。糖尿病母体児では、その他低カルシウム血症、多血症及びそれに起因する黄疸が問題になる。多血症がきつく呼吸障害などの症状がある場合には、瀉血して同量のアルブミン製剤で補う部分交換輸血を行う。</p> <p>低血糖症</p> <p>在胎期間に比べて体重の小さい不当軽量児（SFD）は、低血糖症に注意が必要である。満期産児だからといって安心することはできない。最低 3 日間は血糖値を検査することが必要である。脳の栄養のほとんどがグルコースなので、低血糖症が持続すると脳障害の危険性が出てくる。低血糖症の症状であるけいれん（成熟児の場合、無呼吸発作のけいれんのことがある）が出現したら、緊急的にグルコースの投与を行わなければならない。以後、麻痺の出現など神経学的にフォローアップすることが必要である。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の子どもの状況について確認する 	

在胎週数及び出生体重
(子宮内発育不全の評価)

在胎期間別出生体重標準曲線 (男児)

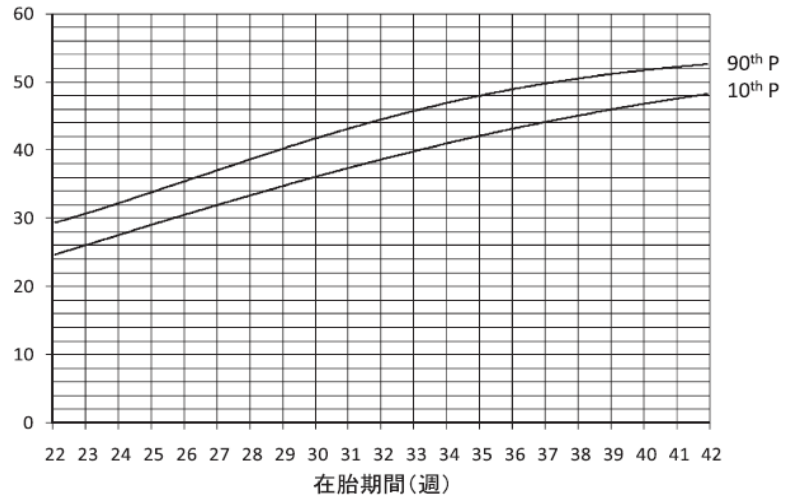


在胎期間別出生体重標準曲線 (女児)



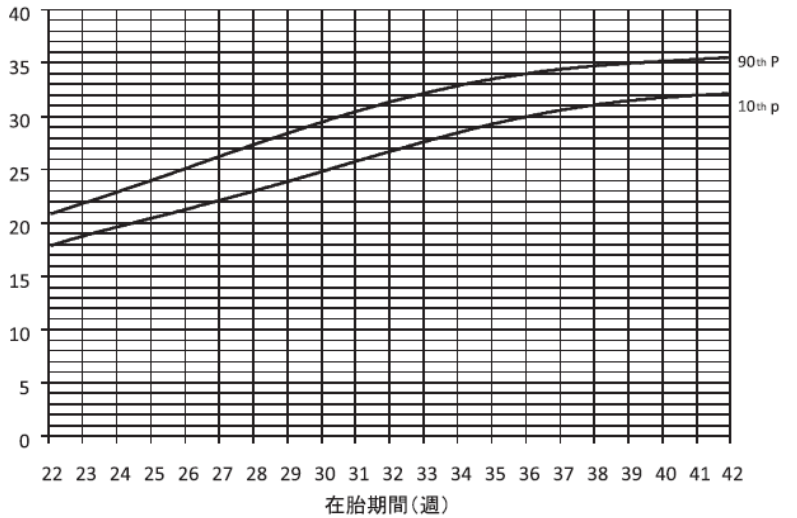
在胎期間別出生時身長標準曲線 (男女)

身長(cm)



在胎期間別出生時頭囲標準曲線 (男女)

頭囲(cm)



低出生体重児 (LBW) : 出生体重 2,500 g 未満の新生児

極低出生体重児 (VLBW) : 出生体重 1,500 g 未満の新生児

超低出生体重児 (ELBW) : 出生体重 1,000 g 未満の新生児

small for gestational age (SGA) infant, small for dates infant (SFD) infant :

身長も体重も 10 パーセントイル未満の新生児

appropriate for gestational age infant :

身長も体重も 10 以上 90 パーセントイル未満の新生児

		<p>large for gestational age (LGA) infant, large for dates (LFD) infant :</p> <p>身長も体重も 90 パーセントイル以上の新生児</p> <p>早産児 : 在胎 37 週未満で出生した新生児</p> <p>超早産児 : 在胎 22 週以上 28 週未満で出生した新生児</p>
	アプガースコア	<p>新生児仮死の程度の評価</p> <p>生後 1 分または 5 分のアプガースコアが 0～3 点は重症仮死、4～6 点は軽症仮死、7～10 点は正常と判断する。低出生体重児は生理的にアプガースコアが低くなり、仮死に対しては、軽症とはいえ適切な蘇生が行われる。低酸素症の治療により、呼吸・循環障害の進行を止めないと、重度の場合、多臓器不全から死に至る可能性がある。神経学的予後に最も関係するのは、低酸素性虚血性脳症の発症で、仮死だから後遺症が出るのではなく、中等度以上の低酸素性虚血性脳症が持続した場合に後遺症の危険性が出てくる。</p>
	退院の見通し	<p>退院後、地域で様々なサービスの導入が必要であることが予測されれば、退院前に医療機関で、主治医や看護師、保護者、サービス医療機関等と退院後の生活について調整会議の開催が必要となることがある。そのため退院の見通しについて確認する。</p> <p>また、保護者が主治医から退院の見通しについてどのように説明を受けているかを確認することで、児の重症度を推測する目安とすることもできる。</p>
	現在の体重・栄養状況	<p>出生体重からの体重増加量を確認する。また、自立哺乳が可能であるか否かは児の発達状況を判断する視点になる。退院時まで自立哺乳が不可の場合、在宅でも経鼻チューブ等による時間授乳、チューブの交換など児へのケアが必要になってくる。</p>
	挿管・酸素など処置や治療状況等	<p>仮に呼吸状態が安定せず、挿管や酸素投与を行っていても、児の発育に伴い抜管したり、酸素投与も中止されるなど一過性の場合もある。抜管できる見込みがない場合は、将来的に気管切開に至る場合があるので、今後の見通しをイメージしながら確認することが必要である。</p>
育児不安等	医師から病気と予後についてどのような説明を受けているか	<p>保護者が医師から説明を受けている内容を確認することで、意見書には明確に記されていない診断名等病状を確認することができる。</p>
	上記に対して保護者がどのように受け止めているか	<p>保護者の口調や態度、表情等から、児の病状の受け止め方や家族関係等を推察でき、保護者の表情等で『暗い』『喜怒哀楽』が少ないなど、気になる点は書き留めておくこと良い。</p>
	現時点で気になっていること、心配に思っていることはなにか	

	<p>家族構成と育児支援が受けられることができる環境かどうか</p>	<p>育児協力者（父親・家族等）の有無の確認および同胞者の有無の確認が必要。</p> <p>育児協力を得ることができる環境か否かを確認する。祖父母等の協力を得ることができる環境にあれば、保護者の漠然とした育児不安が軽減される場合もあるが、協力を得ることができない場合、全面的に母親が担うことになる。また年の近い同胞がいる場合は育児負担が増える可能性がある。</p>
	<p>源泉徴収票等により経済状態の把握</p>	<p>生活保護世帯であるか、父母が無職かなどの把握は必要である。</p>
<p>母親について</p>	<p>出産に至った経緯 （妊娠中の経過異常を含む）出生医療機関と養育医療指定医療機関が異なる場合がある</p> <hr/> <p>想定していた出産でなかったことに対する母の思い、受け止め（精神状態）</p> <hr/> <p>産後の状態</p> <hr/> <p>子どもの入院中の面会頻度</p> <hr/> <p>母乳の状態</p> <hr/> <p>喫煙・飲酒の状況 （同居家族について確認する）</p>	<p>妊娠中から児の異常所見が指摘されていて出産に至る場合と、前置胎盤や前期破水、妊娠高血圧症候群等の母体側の問題で出産に至るケースがある。特に妊娠高血圧症候群は、それまで症状がないのに1～2日のうちに突然むくみが始めたり、高血圧が出現したりして症状が悪化して入院するケースも決して珍しいことではない</p> <hr/> <p>申請は、母以外の人々が来所する場合がある。よって、申請時に母子手帳を持参しない場合もあるので、妊娠中の経過も含めて聞き取りは丁寧に行う。</p> <p>母以外の来所であっても、母の現在の状況（産後の経過も含めて）について聞き取りを行い、両親とも、児が生まれたことに対する思いや、戸惑い等を把握する。</p> <p>入院中の児への面会状況の確認も児の受け入れ状況を把握する目安になる。事例によっては、小さな子ども、障害をもった子どもを産んでしまったという罪悪感にかられ、頻回に面会に行く保護者もいる。母乳の分泌状況等の情報も重要である。</p> <p>家庭内に喫煙者がいる場合、喫煙者の呼気からも有害物質が排出されていることを説明し、禁煙をすすめる。</p>

(3) アセスメント

- ・次の電話相談等に対応できるよう面接後はできるだけ早期に、担当係内でケースの共有を図り（記録の回覧等）すみやかに、ケース支援検討を行う。

3 支援検討

医療費補助申請等で把握した個別ケースに対し適切な支援を行うため、担当係員（リーダー保健師等を含む）が参加し、適宜、会議を持ち、申請書類や面接・訪問等により把握した情報を基に、具体的な支援内容の検討や、支援計画の策定及び実施内容の評価を下記のとおり行う。

(1) ケースの支援検討

①情報共有

- ・ケースについて把握している情報（主に申請時初回面接等の情報）や問題点の確認

②具体的な支援の方法や内容の検討

- ・訪問について：時期・場所（自宅・医療機関など）
- ・養育者や関係機関等で情報収集及び確認すべき事項
（※ 6 医療機関との連絡・調整 参照）

(2) 支援スケジュール（支援計画）の作成

- ・今後の支援計画について

支援内容については具体的に、誰が、どのような方法で、何を、いつまでに行うか支援方針を決め、検討後は、台帳に登録し、今後の訪問計画及び次回検討時期を記載。

4 家庭訪問

ケースの支援検討結果、病院との連絡結果、病院から送られてきたサマリーに基づき、家庭での育児状況を把握するために、訪問の日時や場所等を考慮しながら、家庭訪問を実施する必要がある。

(1) 訪問時の注意点、心構え

- ・自宅など生活の場であるので、児や母の状況を観察しながら、養育者の負担が軽減できるよう話を聞きながら工夫できることを一緒に考える。
- ・児に疾患等があり医療が必要な状況であれば、母との話ができる機会をつくるよう（再訪問も含めて）考える。
- ・母児の状況で医療機関等連携が必要と判断した場合は、養育者の状況を考慮し、具体的に問題とも思われる内容を伝え、連携に努める。
- ・ことばだけでなくその奥にある気持ちを受け止める視点をもつよう努める。

(2) 訪問時における視点 【※ 参考様式2 参照】

- ・以下の項目について把握する（項目によっては初回面接の項目を参照する）

	視 点	理 由
身体状況について	疾患の治療状況について確認 (治療内容・受診頻度等)	呼吸器系疾患、循環器系疾患、奇形の有無等の確認
発育について	早産時の場合、修正月齢で発育発達のチェック 修正月齢で発育・発達を確認し、遅れが認められる場合でも、1ヶ月後を目処に確認の訪問を行うようにし、発育発達の伸びを確認する。 (明らかな異常が認められる場合はこの限りではない。)	
栄養について	訪問時の計測は母子手帳に記録するとともに発達曲線にもプロット 体重増加不良の有無を確認し、増加不良があればその要因を確認し、改善策を提案。 例えば、1日トータル哺乳量（哺乳時間間隔・1回哺乳量等）、遊び飲みの有無、吐乳の有無等	
	哺乳量	乳首の大きさ・状態・直母・搾乳しているかどうかを聞く
	排泄状況	
	生活リズム	
発達について	臍ヘルニア、鼠径ヘルニア、停留睾丸の確認	
	皮膚の状態	

	股関節の開排制限の確認	修正月齢に応じた発達の確認
	筋緊張状況の確認	
	粗大運動・微細運動の発達の確認	
	情緒面の発育、発達	
	凝視、追視の確認	
	聴力の確認（物音等への反応）	
	退院時の状況（現病状・医師の指示・次回受診日等）	
育児不安について	上記に対して保護者がどのように受け止めているか	障がいや疾患がある場合は特に注意
	現時点で気になっていること、心配に思っていることはなにか	表情や話し方から総合的に把握する
	家族の育児支援があるかどうか	
	経済状態の把握	
母親について	現在の身体的、精神的状況について	
	子どもへどのように接しているかを観察する	
	児に疾患がある場合、母の精神的負担に考慮しながらどのように受け止めているか	
	家族関係が良好か把握する	
	育児への協力者の有無を把握し、母親の育児負担の軽減を図る	
	家庭環境について（部屋の片付け・清潔等）	
市町村の母子保健事業について	予防接種の接種状況	
	市町村乳幼児健診の受診勧奨	

(3) アセスメント

- ・訪問後は、担当係内でケースの共有を図る（記録の回覧等）その後、すみやかにケース支援判定会議を行う。

5 支援判定会議

個別ケースに対し、訪問後、担当係員（リーダー保健師等を含む）が定例的に会議を持ち、新たに把握した情報を基に、今後の具体的な支援内容の検討や、支援計画の見直し・支援内容の評価を下記のとおり行う。

- (1) 情報共有（共有範囲は、担当課内で合意をとっておくことが望ましい。）
- ・訪問時の状況、関係機関等の情報を共有する。

(2) 支援判定

- ・判定区分に基づき、要支援または要観察かを決定する。

< 判定区分 >

【要支援】訪問等個別でのフォロー

- ・気管切開や在宅酸素等医療的ケアが必要
- ・児の発育・発達状況に問題あり
- ・養育者に問題あり

【要観察】乳幼児健診や相談、予防接種等で状況把握

(3) 要支援の場合

- ・今後の支援方針や支援計画の確認及び見直しを行う。
- ・定例の支援判定会議で必ず検討を行う。
- ・検討の視点
 - ①必要な情報が得られているか。（児の心と身体、親の心と身体、育児姿勢、経済、家族関係、生活習慣、医療、関係機関などの状況）
 - ②現状の問題点や課題は明らかになっているか。
 - ③これまでの支援の結果、どのような成果があったのか。
 - ④現状の支援内容は適切か。また、計画的に実施されているか。課題や問題点について。
 - ⑤支援計画や支援判定は適切か。また、必要に応じ更新されているか。
 - ⑥各支援機関等の担う役割は、明確か。
- ・関係機関との連絡・調整をする場合もある。

(4) 要観察の場合

乳幼児健診や相談、予防接種等で状況把握を行い、必要に応じ支援判定を行う。

6 医療機関との連絡・調整（情報収集）

医療機関との連絡・調整は、児や養育者の状況に応じて、できるだけ早期より実施していく必要がある。申請時の面接等の状況把握により、長期的な療養が必要と思われる場合や医療的ケア等を要する場合、養育者の状況や養育環境に問題がある場合は、児の入院中から積極的に主治医や看護師等に定期的に連絡を入れる。児や養育者の状況に応じてタイムリーに情報交換を行い、退院調整が円滑にできる体制を築いておく必要がある。

（1）病院面接

事前に主治医や師長・担当看護師等に連絡し、日時や面接場所の確保を依頼する。ケースの状況に応じて、必要時は養育者の出席も調整する。養育者が出席する場合は、養育者の状況に十分に配慮し、養育者が自身の思いや不安・疑問等を表出できるよう支援する。

①児の状況把握（主治医・看護師等面接）

まず、児の状況を正しく把握するために、確認すべき内容については、事前に整理し、面接に臨む必要がある。

以下の項目を把握する際には、特に配慮を必要とする点や禁忌事項は必ず確認する。また、医療処置等が必要な場合は、養育者の負担を考慮し訪問看護や訪問介護等の導入を検討する。

	視 点	考慮する点
児の身体状況について	出生時及び現在の児の状態	修正月齢を把握して判断する。 身体発育曲線を考慮する。
	疾患及び病状	
	発育状況（体重・身長・頭囲・胸囲）	
	発達状況	
	検査結果	
	今後の見通し	
医療処置及び投薬状況	挿管・人工呼吸器装着・気管切開	児の状況把握は説明を聞くだけでなく、可能な限り児に面会し、実際の様子を観察する。
	酸素、吸引など処置の確認	
	投薬、点滴	
	必要なガーゼ交換等処置	
栄養状況	母乳、人工乳、混合	方法や量の変化等は今までの経過も含めて把握する。また、今後の進め方や増量等の見通しも確認する。
	経口哺乳の状況	
	経管栄養（鼻腔・胃瘻等）	
	量・回数・間隔	
	調乳	
	流動食・離乳食の進め方	
排泄状況	排尿（自力・バルーン）	現在の状況と退院後の見通しを確認しておく。
	排便（自力・要処置）	

	浣腸・綿棒刺激・摘便等	
	回数・頻度	
	おむつの種類や工夫等	
	排泄に伴う医療処置	
	観察点	
保清状況	沐浴・入浴・清拭	養育者が実施可能かどうかや自宅の浴室等の状況を考慮した確認が必要。
	頻度	

②養育者の状況と養育環境の把握

養育者の児の受け入れ状況の確認には、養育者本人と面談することも重要であるが、主治医や看護師等の客観的な判断も含め、多方面から検討する必要がある。

養育者の精神状態は状況により変化することを念頭に置き、不安に感じている点を確認する。また、養育者を身体面・精神面の両面から支える存在の有無を把握する。児に同胞がいる場合、養育者が同胞の育児と両立できるよう配慮し、環境を整える必要がある。

児への愛着形成	面会時の様子や頻度	養育者の発言に振り回されず客観的に判断。
	養育者の発言	
	担当看護師等の主観	
	養育者がどのように児の状態を受け止めている	
育児不安	現時点で気になっていること、心配に思っていることは何か	養育者が自らの思いを発言できない場合は、保健師が援助。漠然とした不安を抱えている場合も多く、退院後の生活がイメージできない場合は入院中に母子同室での付き添いを経験できるよう調整する。
	在宅で必要な育児や療養におけるケアの習得状況	
	入院中に習得や練習しておきたいケアについて	
	地域の関係機関への依頼すべき点	
	自宅等の環境 経済状況	
身体・精神状態	産後の状態（身体的・マタニティブルー・産後うつ・不眠等）	必要時は産科での状況を確認する。 養育者の表情や発言、涙などに留意。気になる様子は記録しておく。
	母乳分泌についての対応方法	
	養育者が過度にがんばり過ぎていないか	
支援者	家族構成	支援がタイムリーに受けられる

	育児支援や家事支援を受けることができるか	支援者の存在を確認。 家族の健康問題も考慮。
	養育者を精神的に支える存在	
	同胞の育児・養育を支える人	

③退院に向けて調整すべき事項の共有

退院に向けての問題点及び今後の支援の方向性と退院までに調整すべき事項について、主治医や看護師等と共有する。

退院について	退院の見通し	退院の日程や退院時の状態が決定していない場合は、決定次第、病院からの情報提供を依頼しておく。
	退院に向けての問題	
	退院までの準備事項	
	退院後の通院頻度	
	予測される緊急事態	
	緊急時の対処方法	
	緊急時の受診方法	
調整すべきサービス	訪問看護	各市町村により、使用できる制度や窓口が異なる場合があります確認しておく
	ヘルパー派遣	
	日常生活用具等の給付や貸与	
	地域主治医	
	障害福祉課等他課への連絡調整	
支援者間で共通理解しておく事項	養育者への説明内容	養育者には伝えていないが、支援者間で特に申し合わせておく必要のあることを確認しておく。
	治療の見通し・方向性	
	支援方針	
	お互いに連絡すべき状態及び連絡方法	
	予後	
	養育者の気になる態度	

④アセスメント

病院面接を実施した保健師は、児や養育者の状況や問題点、退院に向けての課題や準備すべき事項を整理する。予測される医療ケアに対して家族で対応できるもの、訪問看護や地域主治医の往診が必要なものを整理し、対応できる地域の関係機関の調整を図る。また、使用できる福祉サービスの把握に努め、必要なサービスが円滑に活用できるよう調整を図る。

必要に応じて、所内で支援判定会議を開催し、支援方針や方法、支援スケジュール等をケースに関わる保健師等が検討し、共有する。

(2) 退院に向けての調整 (在宅ケア調整会議) 【*7 地域での療育体制整備参照】
保健師が地域での療養生活をアセスメントした後、必要時に応じて医療ケアや福祉サ

ービス等に関わる関係機関を招集し、退院前に調整会議を開催する。退院後においても、状況の変化に応じて随時、開催していく必要がある。

(3) 未熟児出生連絡票(退院サマリー)の活用 【* 参考様式4 参照】

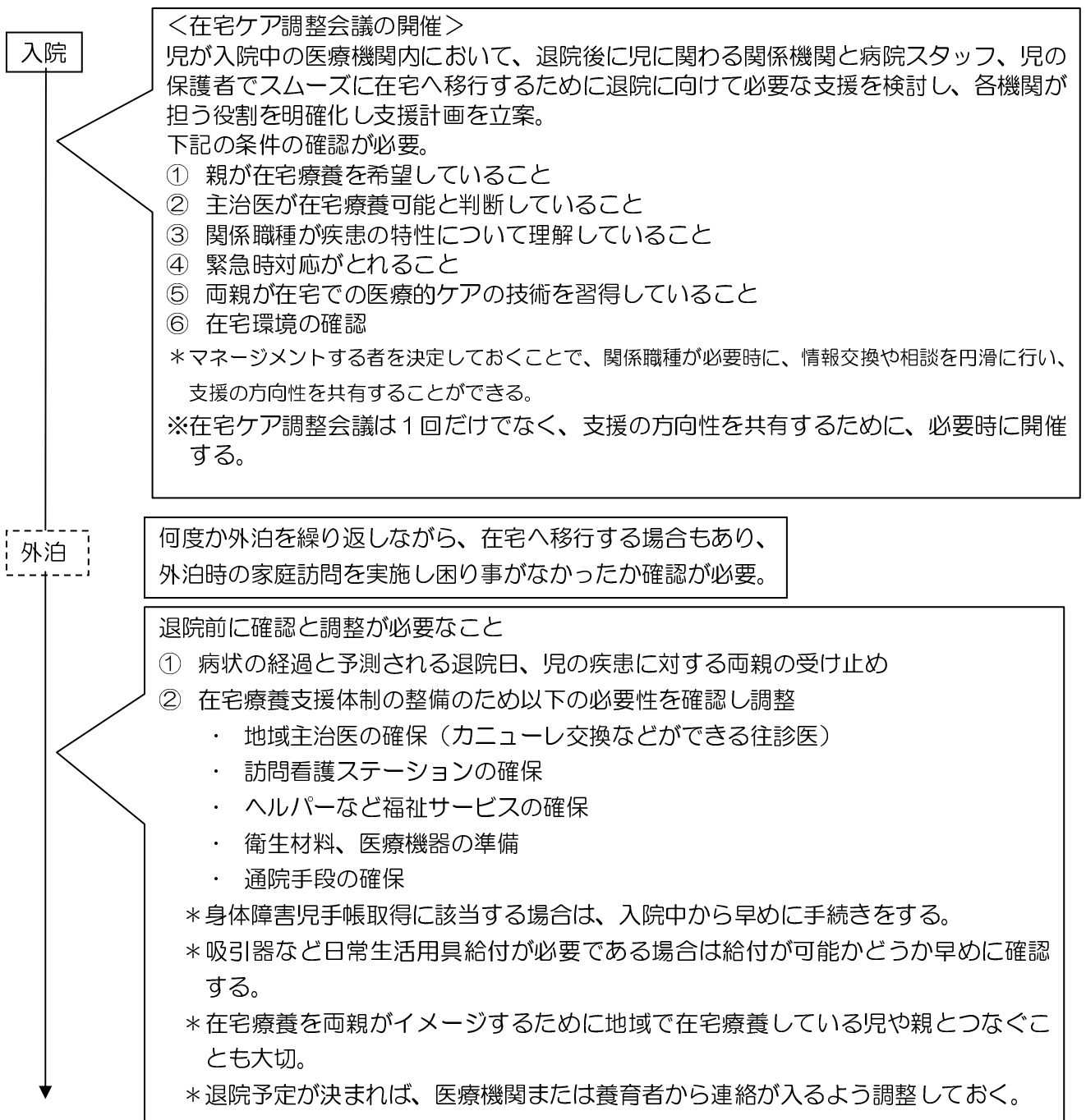
未熟児出生連絡票には、主に出生時の状況・入院中の経過・退院時の状況・予測される問題点・支援依頼事項等について明記されていることが多い。予測される問題点や退院後の支援依頼内容を確認し、不明な点やさらに確認が必要な点については、主治医や担当看護師に積極的にケース連絡を実施する。

訪問後は、地域での状況を医療機関と共有し、必要時には外来受診時の状況および指導事項を確認した上で、医療機関と地域が一貫した指導内容で継続的に支援していく必要がある。

7 地域での療育体制整備

医療的ケアの必要な児への支援は、多くの関係機関が連携しての継続した支援が必要であり、保健師もそのメンバーの一員となる。児や家族が安心して地域で生活していくためには、各関係機関がお互いの役割を認識し、支援の方向性を共通理解しておくことが重要である。保健師は、地域という生活の場で支援をする専門職であり、多くの関係機関がスムーズに連携できるよう調整する役割を担う。また、児や家族が地域で生活していくにあたり、各地域で安心して在宅療養ができる体制整備をしていくことも重要な役割である。

医療的ケアの必要な児等への支援



退院時
退院1～2週間後
退院1ヶ月後

- ・ 病院から退院連絡を受け、退院時及び退院1～2週間以内のできるだけ早期に訪問する。
- ・ 退院後の在宅での状況の把握、新たな困りごとがないか、在宅に戻ってからの親の思いなどを把握し必要な支援へつなげる。
- ・ 新たな困り事や調整が必要なことについては、関係機関と連携し役割を分担しながら、支援を実施する。
- ・ 関係機関とは情報の共有や支援の方向性を共有し、必要な支援を行う。
 - * 必要により、訪問看護ステーションや福祉担当者等と同行訪問
 - * 訪問状況を病院に報告する（退院サマリーの返信等）。
 - * 必要により、在宅ケア調整会議を開催し、支援の方向性を確認。

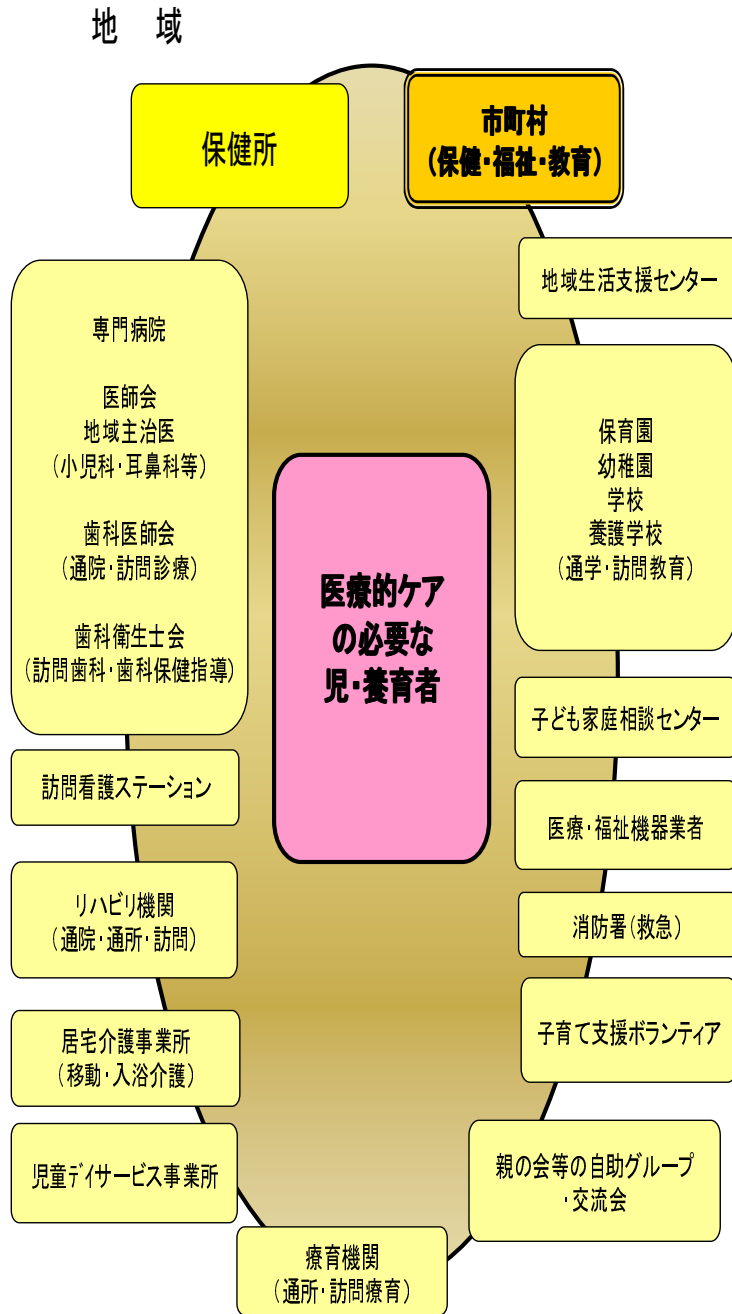
在宅継続

- ・ 定期的な訪問及び在宅ケア調整会議等により、安心して長期療養児が維持できるよう、年齢・発育・発達等児の発育や成長に伴う養育者のニーズを把握し、アセスメントを実施し、課題解決に向けた支援を行う。
- ・ 在宅継続については、下記のことを留意して現在の困り事への支援とともに予測されることに対して早い段階から検討しながら支援を行う。
また、支援計画のアセスメントと評価・修正を定期的の実施する。
 - ① 児の疾患から、今後予測されることを把握
 - ② 児の成長や発達を促すための関わり
 - ③ 在宅療養の長期化による、両親の介護負担の軽減
 - ④ 児のきょうだいへの支援
 - ⑤ 母児の愛着形成を促すための関わり
 - ⑥ ライフステージ（就園、就学など）に応じた支援
 - * 地域には在宅療養を継続していくための様々な社会資源があるので、各地域で利用できる社会資源の把握が重要。

関係機関とともに家族の意志決定を尊重しながら、安心して在宅療養生活の移行及び継続のために、関係機関と連携しながら、支援を継続していくことが必要である。保健師の支援は、個々の保健師の力量にまかせるのではなく、支援判定会議にかけて共有し、支援方針の評価と見直しを行う必要がある。

最後に参考として、地域での療育支援体制整備の現状について、社会資源の地域格差はあるが、「療育支援における関係機関の連携イメージ図」のとおり、今後関係機関とも協議し、事例を通じて地域特性に応じた支援体制を整備していくことが大切である。

在宅療養支援における関係機関の連携イメージ図 (社会資源の地域差あり)



Ⅲ 保健所の役割

(1) 広域的なサポート体制の充実強化

未熟児の成長、発達の特徴を理解し、また、医療的ケアが必要な児が安心して在宅療養できるため、地域の関係組織・機関の連携強化と資質向上を図る。

- ①管内の未熟児に関連した情報を収集・分析し、関係機関等に対し取り組むべき健康課題等について、情報発信する。
- ②医療的ケアが必要な児の在宅療養に関わる、かかりつけ医、訪問看護ステーション、レスパイト施設、ボランティア等の拡大と、広域的な連携体制の強化を図るため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、助産師会、訪問看護ステーション、レスパイト施設、ボランティア団体等と協働して会議等を開催およびその運営にあたる。
- ③関係組織・機関および関係者等の取り組みや、調査・研究内容の情報共有や専門医療機関等の協力により、研修会を開催し、サポート体制の質の向上を図る。

(2) 市町村への支援

未熟児に市町村として関わるために、市町村の母子保健に携わるマンパワーの充足への支援とともに母子保健担当者の資質向上を図る。

- ①市町村に対して、未熟児の特性や発育発達過程、予後、育児上の課題、未熟児を生んでしまったという親の罪悪感や孤立感、焦燥感等も含めて、未熟性をもつハイリスク児とその育児についての理解を深めるための研修を実施する。
- ②母子保健担当者が情報交換や悩みを共有できる場を設定する等、市町村の担当者が自信をもって支援できるように調整する。
- ③未熟児訪問指導における指導技術等への助言・支援として、指導技術のOJTの場を設定する。
- ④母子保健に関する各市町村ごとの健康課題の整理と提示・事業の企画から評価等への支援を行い、保健所母子保健推進協議会で母子保健サービスの進捗管理等を行う。県として施策化が必要な健康課題については、県レベルの母子保健運営協議会等と連動して課題解決を図る。

(3) 管内の広域的な母子保健活動の推進

- ①市町村や関係機関の協力を得て、広域的に健康状況を把握し、課題を抽出する。市町村を始め関係機関に対して情報提供を行い、その課題解決に取り組むための連携・調整を行う。
- ②生涯を通じた母子保健の推進に向け、他職種と協働した取り組み等の検討を行い市町村単独では難しいと思われる広域的な地域でのネットワークを構築する。
- ③地域の課題に応じた先駆的、モデル的となる取組を展開し、母子保健事業の活性化を図る。

IV おわりに

妊娠期から、早産や未熟児出生予防の視点をもった面接や保健指導の取り組みが重要で、また未熟な状態で出生した児については、医療機関と連携のもと適切な医療や療育を受けることができると共に、保護者の育児不安等に対して様々な社会資源や地域の関係機関と協働しながら支援することができるよう調整を図る必要がある。

未熟児訪問指導の実施にあたっては、必ず保健師による訪問を実施し、必要なケアについてのアセスメント、支援計画の策定、関係機関との調整等マネジメントすることが必要かつ重要である。

住民に身近で頻度の高い保健サービスについては、市町村において一元的かつきめ細かな対応を図ることとされているところであり、母子保健分野においても、今後とも継続した丁寧な対応を期待しているところである。

* 参考文献：「 早産で生まれた子どもたち ―極低出生体重児の保健指導― 」
大阪府立母子保健総合医療センター企画調査部発行 平成19年3月

「 新しい在胎期間別出生時体格標準値の導入について 」
日本小児科学雑誌 114巻8号 2010年

未熟児訪問指導等移譲マニュアル

奈良県医療政策部保健予防課

〒630-8501

奈良市登大路町30番地

TEL : 0742-27-8661

FAX : 0742-27-8262

(平成24年2月28日発行)

参 考 样 式

参 考 资 料