

## 項目 6 ・ 在宅かかりつけ医の決定

在宅かかりつけ医を家族が決める際には次のことに留意するように  
主治医と共に家族に助言を行う

☆ 24 時間、すぐ往診してくれ対応してくれる医師（状況判断に  
よりすぐ当院他、関係のところへ連絡してもらえる）

☆ 自宅に近い（往復 30 分以内）

☆ 呼吸器装着中であることを了解（カニューレ交換）

☆ 診療科は特に問わない

☆ 入院は自宅が遠方でなければ当院にする

- ・ 在宅かかりつけ医がきまれば主治医より家族を通して患者の紹介  
状をとどける
- ・ その後、患者に対する情報は主治医、在宅かかりつけ医間でTEL  
ファックス等で行われる

## 項目 7 ・ 身体障害者手帳の交付（再交付）

A L Sでは当院へ入院と同時に特定疾患患者の申請をしており入院費は一部負担のみであるが在宅療養に必要な備品の給付申請には身体障害者手帳が必要である

<身体障害者手帳の申請手続き>

1. 市町村の福祉担当課で手続きに必要な書類をもらう

- 1) 申請書
- 2) 医師による診断書（身体障害者診断書・意見書）
- 3) 写真（たて4 cm×よこ3 cm）
- 4) 印鑑

A L Sでは主に2)において☆音声、言語機能障害☆肢体不自由☆呼吸器機能障害等が関係します。資料3参照したがって診断書は各々の名前のついたもの3部が必要になりますが、個人によりちがうので主治医と相談のうえ、家族へ指導をします。

### 留意事項

- ・ 上記書類が整えば福祉担当課より福祉事務所へ提出されますがはじめの申請時は手帳交付まで約2ヶ月を要するので家族に早くより指導が必要です。
- ・ 病状の進行に伴う再交付時も同様の手続きが必要ですが再交

付までの期間は初回より早くなることが多い

- ・ 老人の場合（65歳以上）は老人福祉の一環として、老人日常生活用具の支給、または貸与もあります（資料2）
- ・ 身体障害者手帳一級の場合は給付に関し問題はないが、その他の場合は手帳の級により、給付がされない場合もあるので留意する（例、吸引器＝呼吸機能3級以上）

## 項目 8 保健所及び関係者への連絡（住所地）

### 保健所

1. ALS・HMW決定後、早期に婦長より住所地の保健所へ連絡
2. 担当保健婦に支援ネットワークのコーディネーターとして患者、家族、地域、当院との関係者会議などの開催について調整および連絡を依頼する
3. 入院中に患者訪問を依頼する。家族とも面談しおよそ介護体験後社会資源（主に訪問看護、ヘルパーなどの人的支援）入浴サービス他の相談をする
4. 在宅後も患者訪問、および関係者会議にて情報交換をする。

※上記は住所地によってもちがいがあるので保健所とよく情報交換をする

### 関係者

市役所、役場福祉担当課、保健婦他、（個別による）

## 項目 9 ・ 社会資源の活用

社会的に利用できる福祉制度と人力を総称して社会資源とよぶ

具体的には①人的援助、②物的援助、③経済的援助である。

②③については先項で述べたので本項では①人的援助（人的サービス）について記す

### <利用にあたっての留意事項>

- 1、人的サービスの利用にあたっては、患者、家族のニーズを理解し、疾患の進行と介護状況にあわせて活用して行くことが重要である
- 2、各市町によりサービスのちがいがあるので家族が住所地の福祉担当課でよく相談する事が重要であると指導する

### <訪問看護ステーション> **資料4参照**

- ・ 訪問看護専門の看護婦によるサービスで医療処置の多いALSに適すると言える、申し込みは訪問看護ステーション
- ・ 料金＝基本料金＋交通費＋超過料金：日数は週3回まで可

### <ホームヘルプサービス>

- ・ ホームヘルパーが家庭に訪問して介護や家事のてつだいを  
する
- ・ 料金＝1時間あたり約900円（収入による）：申し込みは

市町福祉担当課へ

<入浴サービス>

- ・ 家庭に移動入浴車を派遣して入浴サービスをする
- ・ 申し込みは市町福祉担当課へ

<その他・民間企業、社会福祉協議会など>

※上記の利用によりキーパーソン、家族の介護負担を軽減し、在宅を継続できる支援ネットワークの下地になることを家族へ指導する

## 項目10・退院前訪問（生活環境調査と整備）

退院前訪問は支援プログラムの1ヶ月めまでに行い在宅療養のための生活環境調査を行い家族に整備について指導をする

＜訪問スタッフ＞ 退院前訪問は原則として在宅チームのナース2人・OTで構成する

＜訪問時の観察点と指導＞

**屋外**

- ・リクライニング車椅子での移動に障害はないか
- ・車寄せから玄関までの段差、スペース、凹凸

**屋内**

- ・屋内の間取り、段差、廊下幅、
- ・患者の居室になる部屋の在宅機器及びキーパーソンのいるスペースがあるか
- ・コンセントの位置確認、ブレーカーはOKか
- ・必要に応じて、トイレ、浴室は安全に使用できるか
- ・キーパーソンが患者のそばを離れる時の両者の伝達方法

☆ 屋外の段差、玄関上がり口段差については歩行支援用具（スロープ）を利用するように指導する

- ☆ 居室で入浴サービス等をうける際の水周りを考慮
- ☆ 居室には電力の使用量の多い製品はさける
- ☆ 居室での備品の配置を家族と安全に留意した方法で  
検討する

- ☆ トイレ、浴室の改造及び介護用品の必要性の確認
- ☆ 家族内の交信方法についてはOTより指導をうける

以上、ケースバイケースで指導を行う

\* 患者宅訪問時は院内の訪問記録用紙に記載し主治医欄はドクターにより記載後  
2部コピー

\* 訪問前、前もって婦長さんより官用車依頼しておいてもらう  
(訪問1週間前、訪問診療等承認願を記載し提出のこと)

\* 官用車に関しては患者宅への距離により、当日家族より徴収する

~~\* カルテに家族へは帰院後、両手中に~~

\* 事前に家族へ家屋の見取図、道順を記載していただく



## 項目 1 1 ・ 介護体験（院内 2 4 時間体験）

技術指導評価において全項目達成ができれば在宅を想定して病棟で 1 泊 2 日の介護体験を行い、在宅が可能か評価する

問題点については早急に計画立案し外泊までに解決する

### <介護体験準備>

1. 介護体験を実施するにあたって家族へオリエンテーションを行う☆看護婦は介護の観察には訪室するが原則として実際的なケアは行わない
2. 家族に在宅時の 2 4 時間を想定して、以下の条件を踏まえ、介護スケジュールを立案してもらう資料 5  
(看護婦はあらかじめ介護スケジュール表に患者の基本的な 1 日を記載しておく)
3. 介護スケジュールに問題があるようなら家族指導をする
4. モジュールチームのスタッフへも介護体験を周知する  
当日のスタッフに介護観察と記録を依頼する
5. 必要物品の用意をする
6. 記録類の用意資料 6

家族へわたすもの：バイタルサイン記録表、介護記録

スタッフへわたすもの：観察記録

前日に必要物品と記録用紙を家族へ説明しわたす

当日AM9時～翌日9時まで介護体験

体験後、総合的に評価を行い、次に試験外泊が行えるよう

に再指導をおこない問題をクリアしておく



排泄	①ポータブルトイレ	
	②尿器	
	③オムツ	

	項目 No. 2	/
入浴に関するもの	①呼吸器・外部バッテリー・3pコンセント	
	②吸引セット	
	③パルスオキシメーター	
	④気管切開部保護用具 ( )	
	⑤シャンプーハット	
	⑥シャワーチェア	
	⑦入浴セット (シャンプー・石鹸・タオル)	
その他	①文字盤	
	②介護記録用紙	
	③筆記用具	
	④介護技術マニュアル	

## 項目 1 2 試験外出

試験外出については在宅までの過程において必ずしも体験しなくてもよいが、次のような場合実施される

- ・ 本人、家族が希望し主治医が了承した時

### <事前準備>

- 1、 外泊時の往復の搬送依頼を家族より福祉タクシーに連絡してもらおう（県交通、TEL：087 - 867 - 8811 ）

\* 交通手段は患者の状態によって、マイカーでも良い。

ただし、吸引できる人を確保すること

- 2、 前日に携帯用吸引器の充電を行う
- 3、 必要物品（別紙参照）

### <当日>

外出時付き添い：主治医、在宅チーム看護婦 1 名

- ・ 帰宅時は家族と共に呼吸器、吸引器等を適した位置に配置する。
- ・ 患者の状態把握

### 項目 13・試験外泊（2泊3日）

介護体験における問題を解決後、主治医、家族と協議のうえ、期日を決め試験外泊を行う（外泊までに在宅環境が整っていることが望ましい）外泊にあたり、在宅かかりつけ医に主治医より期日連絡をしてもらう

#### <事前準備>

外泊前在宅チーム会を開催し、次の事を個別性をふまえて検討し家族指導を行う

1. 外泊時の留意点
2. 緊急時の連絡先（具体的内容を家族へわたす）
3. 必要物品                      1. 2については資料7参照
4. 外泊時の往復の搬送依頼を家族より福祉タクシーに連絡してもらう（県交通、Tel：                      ）
5. 人工呼吸器使用に際しての外泊となるので停電に備え家族より四国電力へ連絡してもらう
6. 婦長より担当保健婦に連絡
7. 病棟スタッフへ外泊と緊急体制について申し送る

#### <前日準備>

1. 携帯用吸引器の充電を行う
2. 必要物品を家族と共に確認する（記録用紙をわたす）

<当日>

外泊時往復付き添い：主治医、在宅チーム看護婦1名

- ・ 帰宅時は家族と共に呼吸器、吸引器等療養生活に適した場所に配置する
- ・ 患者の状態把握
- ・ 在宅時の住宅環境改善がなされているか評価する

外泊より帰院後は評価を行い問題点には解決策を立案、実施することで在宅を可能にする





	項目 No. 2	/
入浴に関するもの	①呼吸器・外部バッテリー・3pコンセント	
	②吸引セット	
	③パルスオキシメーター	
	④気管切開部保護用具（ ）	
	⑤シャンプーハット	
	⑥シャワーチェア	
	⑦入浴セット（シャンプー・石鹸・タオル）	
その他	①文字盤	
	②介護記録用紙	
	③筆記用具	
	④介護技術マニュアル	

## 項目 1 4 ・ 関係者会議

### 主旨

A L S ・ H M V を安全に、また家族の介護負担をできるだけ少なくして継続するにあたり、関係各担当施設で話合うことを目的とする、ネットワークを整え、その機能が有効に働くようそれぞれの役割分担、スケジュールの調整、患者及び家族に関する情報交換を行う

### 入院中における関係者会議

#### < 具体的内容 >

1. 患者、家族に関する情報交換
2. 支援体制の調整と役割分担
3. 緊急時の対応（連絡方法）
4. 1ヶ月間の支援プログラムの作成
5. 退院後のネットワークの機能状況と患者、家族の問題点について協議、関係者間で計画を立案する

#### < 主催 >

- ・ 住所地の保健所…市町により当院が主催もあり

・構成メンバー（医療、看護、行政） 担当保健婦：

在宅かかりつけ医：主治医：訪問看護婦：福祉

担当課：婦長：副婦長：在宅チーム看護婦他

<準備すること>

病棟婦長より患者退院日決定次第、保健所へ連絡し支援チームのスケジュール調整、関係者会議を開催してもらう（主治医により在宅かかりつけ医の予定も考慮）

#### 初回

1. 主治医により治療経過サマリー及び緊急時連絡体制
2. 在宅チームにより
  - 1) 看護サマリー
  - 2) 技術指導プログラム
  - 3) 介護体験評価
  - 4) 試験外泊評価
  - 5) 在宅療養必要備品（見積り書）
  - 6) 関係資料（訪問看護他）

上記1. 2を在宅療養支援経過報告書として資料を作成し参加人数分を用意する。尚2の6)においては別に関係資料として用意する

## 項目 1 5 退院時及び退院後

### <退院時>

準備は試験外泊に準じる

必要物品は次回訪問時まで（4週間分）を考慮し個別性に基いて用意する。

### <退院後>

- ・ 緊急時の連絡があれば対応する
- ・ 項目 1 4 の通り退院後のネットワークの機能状況と在宅を安全に継続するため神経難病関係者会議に参加する
- ・ 定期的に在宅訪問し患者の状態把握、家族の状況に対応すると共に必要物品の補充をする

### <訪問前日>

患者宅に当日訪問する看護婦はTELし、物品の不足、患者の状態について等、情報収集し訪問の用意をする

### <当日>主治医、在宅看護婦により訪問する

- ・ 訪問看護連絡ノート、診察により本人の状態把握と対応
- ・ 必要物品を家族と共に確認し、使用済み回路、カテーテル類、医療廃棄物は持ち帰る

※訪問記録を記載し報告する

14  
尚、在宅かかりつけ医に技術指導マニュアル、呼吸器の説明書、訪問看護婦に技術指導マニュアルをわたすため用意する

### 退院後

#### <具体的内容>

住所地の保健所主催により開催で3ヶ月毎におこなう

1. 退院後の関わり及び問題点について
2. 支援体制の再調整
3. 今後の課題