

難病患者在宅人工呼吸器導入時における

退院調整・地域連携ノート

平成25年7月



東京都福祉保健局

◆退院調整・地域連携ノートについて

東京都では神経難病療養者に対して、入院から在宅療養までの適切な医療等が提供できるよう「東京都神経難病医療ネットワーク事業」を実施しています。平成23年度から公益財団法人東京都医学総合研究所 難病ケア看護研究室に難病医療専門員を設置し、病院や保健所等、様々な機関の連携を円滑にし、更なる神経難病医療の充実と適切な療養環境の整備を目指して活動しています。

この「退院調整・地域連携ノート」は、ALS等の療養者が初めて人工呼吸器を装着して退院する際に、医療機関からスムーズに在宅療養に移行できるよう、難病医療専門員の活動の中で作成したものです。医療機関の退院調整看護師（またはMSW）と地域の保健師・ケアマネージャーなどと連携し、支援していく標準的な手順を示した内容になっていますので、安全な在宅療養環境の整備のためにご活用ください。

◆利用対象者

在宅移行を支援する退院調整看護師（またはMSW）等
地域で在宅療養環境を整える保健師・ケアマネージャー等

【退院調整・地域連携ノートに関するお問い合わせ先】

公財) 東京都医学総合研究所 難病ケア看護研究室
難病医療専門員

〒156-8506 東京都世田谷区上北沢2-1-6

電話 : 03-6834-2290 (直通)

FAX : 03-6834-2291 (直通)

◆主な手順

スケジュール(手順のめやす)

退院までの流れ 担当者：退院調整看護師

実施日を（ / ）に記入していきます。

1 療養者の基本情報の収集(フェイスシートの作成) 担当者：退院調整看護師

退院調整が依頼（人工呼吸が開始）されたら、退院調整部門がフェイスシートを用いて患者の状況を把握します。本人・ご家族と面接し、これまでの在宅サービスの利用状況や家族の状況等も把握します。

2 HMVの条件確認 担当者：退院調整看護師

在宅人工呼吸療養を開始する上で必要となる条件を、本シートを用いて確認します。下段に在宅療養をする上での総合評価および課題等を記入します。

3 利用できる制度の確認 担当者：保健師・退院調整看護師

必要な機器やサービスについて、利用できる制度に☑をいれます。

4 退院調整にむけての打ち合わせ 担当者：退院調整看護師

退院調整にむけて、退院調整看護師、保健師、ケアマネージャー等コアになる支援者で、現状の確認と今後の支援方針や役割分担を検討します。

③ 利用できる制度の確認を用いて、申請の準備、役割分担を決めます。

⑤ 在宅療養支援ネットワークの構築（ケアプラン原案）を検討します。

5 在宅療養支援ネットワークの構築（ケアプラン案作成） 担当者：ケアマネージャー・保健師・退院調整看護師

④ 退院調整に向けての打ち合わせ時に検討します。

6 病棟看護師による家族への介護技術指導 担当者：病棟看護師

病棟で行われた家族指導の評価として、各項目を☑し、総合的な介護力のアセスメントをします。

7 療養環境の確認 担当者：保健師・ケアマネージャー

退院前に患者宅に保健師・ケアマネージャー等で家庭訪問して、電源や介護ベッド・医療機器の配置等、療養環境を確認するとともにご家族の受け入れ状況を確認し、不安の除去に努めます。

8 必要な医療機器や衛生材料の準備 担当者：退院調整看護師

それぞれの項目を☑し、準備します。とくに自費項目については購入先や価格等も記入し、コピーを患者・家族に渡すと役立ちます。

9 退院カンファレンス 担当者：退院調整看護師

退院の準備がおおよそ整った段階で退院カンファレンスを開催します。このカンファレンスを基に退院日に向けて、各サービス提供機関が準備・調整します。またこの時点で退院後の初回在宅カンファレンス（退院後のサービス調整や問題解決等）の日をちを決めておくといです。（目安：退院後2週間～1か月くらい）

10 人工呼吸器学習会 担当者：退院調整看護師

在宅人工呼吸器の基本的な知識を患者・家族および関係者が得る学習会です。担当訪問看護ステーションが初めて経験する機種の場合は必ず参加を呼びかけます。

11 退院日に向けての準備 担当者：退院調整看護師

退院日に向けてのチェックリストです。特定診療材料については、在宅においてすぐに対応できるように予備を1個渡します。

そして、退院の日を迎えます。

保健師は退院してからの様子を退院調整看護師へフィードバックしましょう。次の退院支援に役立ちます。

スケジュール（手順のめやす）

実施日を（ / ）に記入していきます。

手順項目	日時 担当者	めやす 退院 日前	打合せ ／（ ） ：	めやす 退院 日前	めやす 退院 日前	退院 カンファレンス ／（ ） ：	めやす 退院 日前	退院日 ／（ ）	在宅 カンファレンス ／（ ）	
		／（ ）頃～		／（ ）頃～	／（ ）頃～	／（ ）頃～				
① 療養者の基本情報の収集 （フェイスシートの作成）	退院調整看護師	① → （ / ）	④ 打 合 せ			退 院 カ ン フ ア レ ン ス		退 院 日	在 宅 カ ン フ ア レ ン ス	
② H M V の条件確認	退院調整看護師	② → （ / ）								
③ 利用できる制度の確認	保健師 退院調整看護師	③ → （ / ）								
④ 退院調整にむけての打ち合わせ	退院調整看護師									
⑤ 在宅療養支援ネットワークの構築 （ケアプラン案作成）	ケアマネージャー 保健師 退院調整看護師			⑤ → （ / ）						
⑥ 病棟看護師による 家族への介護技術指導	病棟看護師			⑥ → （ / ）						
⑦ 療養環境の確認	保健師 ケアマネージャー				⑦ → （ / ）					
⑧ 必要な医療機器や 衛生材料の準備	退院調整看護師				⑧ → （ / ）					→
⑨ 退院カンファレンス	退院調整看護師						⑨			
⑩ 人工呼吸器学習会	退院調整看護師									⑩ → （ / ）
⑪ 退院日に向けての準備	退院調整看護師									⑪ → （ / ）

1

療養者の基本情報の収集（フェイスシート作成）

病院名： _____ 病棟名： _____
 主治医： _____ 担当Ns. _____

氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日
住所			連絡先			
病名						
住居	<input type="checkbox"/> 戸建（ _____ 階）・ <input type="checkbox"/> 集合住宅（ _____ 階建て _____ 階） エレベーター（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）					
病歴	家族構成・家族歴					
			□ - ○			
医療処置	介護者の状況および介護力アセスメント					
<input type="checkbox"/> NPPV <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> Mチューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう） <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
ADL状況						
移動						
食事						
体交						
コミュニケーション						
排泄						
保清						
吸引						
その他						
注意事項						
制 度						
<input type="checkbox"/> 介護保険（要介護度 _____ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ _____ 級）						
在宅療養支援機関						
	機 関 名	連 絡 先	備 考			
地域主治医						
専 門 医						
保 健 師						
ケアマネージャー						
障害福祉担当						
訪問看護						
訪問介護事業所						
そ の 他						

2 HMVの条件確認 【担当者：退院調整看護師】

本人・家族との面接日：

項目		☑を 入れる	確認内容
インフォームド・ コンセントの 状況	病気の説明	<input type="checkbox"/>	本人に医師から病気についての説明がされている
		<input type="checkbox"/>	家族に医師から病気についての説明がされている
	HMVの説明	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器を装着した療養生活の説明がされている
	在宅療養の可否	<input type="checkbox"/>	在宅療養が可能であると主治医が判断している
本人・ 家族の状況	本人・家族の意思	<input type="checkbox"/>	本人が在宅療養を希望している
		<input type="checkbox"/>	家族が在宅療養を希望している
	病気の理解	<input type="checkbox"/>	病気を理解している
	家族介護力	<input type="checkbox"/>	主たる介護者がいる
		<input type="checkbox"/>	主たる介護者の健康状態に問題がない
		<input type="checkbox"/>	介護者を支える他の介護者がいる
経済状況	<input type="checkbox"/>	問題がない	
医療 体制の状況	地域主治医	<input type="checkbox"/>	確保できる
	緊急時のバックベツト（医療的）	<input type="checkbox"/>	確保できる (医療機関名：)

【総合評価および課題等】

項目		☐を 入れる	制度・事業名
医療 機器	人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	医療保険
	人工呼吸器外部バッテリー	<input type="checkbox"/>	医療保険
	蘇生バッグ（アンビューバッグ）	<input type="checkbox"/>	医療保険
	カフアシスト	<input type="checkbox"/>	医療保険
	吸引器	<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法
		<input type="checkbox"/>	在宅難病患者医療機器貸与事業（都単独事業）
	吸入器	<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法
<input type="checkbox"/>		在宅難病患者医療機器貸与事業（都単独事業）	
パルスオキシメーター	<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法	
在宅サ ービス	医療	<input type="checkbox"/>	在宅患者訪問診療（往診医）
		<input type="checkbox"/>	在宅難病患者訪問診療事業
	訪問看護	<input type="checkbox"/>	医療保険
		<input type="checkbox"/>	在宅人工呼吸器使用難病患者訪問看護事業
		<input type="checkbox"/>	在宅難病患者医療機器貸与訪問看護事業
	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	医療保険
		<input type="checkbox"/>	行政サービス
	訪問介護	<input type="checkbox"/>	介護保険（要介護度_____）
		<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法（障害程度区分_____）
	訪問入浴	<input type="checkbox"/>	介護保険
		<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法
	通所サービス	<input type="checkbox"/>	療養通所介護（介護保険）
<input type="checkbox"/>		障害者総合支援法	
レスパイト	<input type="checkbox"/>	在宅難病患者一時入院事業	
	<input type="checkbox"/>	東京都神経難病医療ネットワーク事業（協力病院）	
	<input type="checkbox"/>	その他（_____）	
日常 生活 用具 ・ その 他	療養ベッド（特殊寝台）	<input type="checkbox"/>	介護保険
		<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法
	エアマット	<input type="checkbox"/>	介護保険
		<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法
	車いす	<input type="checkbox"/>	介護保険
		<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法
	移動用リフト	<input type="checkbox"/>	介護保険
<input type="checkbox"/>		障害者総合支援法	
コミュニケーション機器	<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法	
住宅改修	<input type="checkbox"/>	介護保険	
	<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法	
各種 手当 等	医療費	<input type="checkbox"/>	難病制度（医療費公費負担制度）
		<input type="checkbox"/>	難病制度（医療費公費負担制度）重症認定
		<input type="checkbox"/>	生活保護法
		<input type="checkbox"/>	医療保険（高額療養費）
	手当	<input type="checkbox"/>	心身障害者福祉手当
		<input type="checkbox"/>	特別障害者手当
		<input type="checkbox"/>	重度心身障害者手当
		<input type="checkbox"/>	特定疾患患者福祉手当
	経済保障	<input type="checkbox"/>	障害年金
		<input type="checkbox"/>	老齢年金
<input type="checkbox"/>		傷病手当	
特記事項			

4

退院調整に向けての打ち合わせ【担当者：退院調整看護師】

参加者（名前）		
<input type="checkbox"/>	保健師	
<input type="checkbox"/>	ケアマネージャー	
<input type="checkbox"/>	障害福祉担当	
<input type="checkbox"/>	病院スタッフ	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

実施日：	
------	--

☑を入れる	確認内容
<input type="checkbox"/>	1. 入院～現在の状態
<input type="checkbox"/>	2. 本人、家族の在宅療養にむけての気持ち、不安など
<input type="checkbox"/>	3. 在宅支援体制の計画（案）
<input type="checkbox"/>	4. 今後の役割分担
<input type="checkbox"/>	5. その他

ケアプラン（一週間）予定表

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
夜間							

項目	項目内容	☐を 入れる	確認内容	介護力の評価
基礎知識	病気	<input type="checkbox"/>	疾患を理解している	
	感染対策	<input type="checkbox"/>	感染予防策が理解できる	
		<input type="checkbox"/>	消毒または滅菌の必要性和意味を理解できる	
基本的ケア	排泄	<input type="checkbox"/>	正常な便・尿の状態を理解できる	
		<input type="checkbox"/>	下剤や浣腸の必要な状態がわかる	
		<input type="checkbox"/>	下剤の服用や浣腸を的確に実施できる	
		<input type="checkbox"/>	主治医に必要時に連絡相談ができる	
	清潔	<input type="checkbox"/>	身体の保清・整容ができる	
		<input type="checkbox"/>	衣類の着脱ができる	
	褥創	<input type="checkbox"/>	口腔ケアができる	
<input type="checkbox"/>		褥創の予防対策ができる (除圧、湿気、衣類、寝具のしわなど)		
人工的 気道管理	気管カニューレ 管理	<input type="checkbox"/>	気管カニューレの種類・サイズと特徴がわかる	
		<input type="checkbox"/>	気管カニューレ交換の準備、介助ができる	
		<input type="checkbox"/>	気管カニューレ固定ができる	
		<input type="checkbox"/>	気管カニューレ抜去時の対処ができる	
	カフエア管理	<input type="checkbox"/>	カフエアの必要性・目的が理解できる	
		<input type="checkbox"/>	カフエアの確認ができる	
気道浄化	吸引	<input type="checkbox"/>	吸引の必要性が理解できる	
		<input type="checkbox"/>	吸引が必要な状態がわかる	
		<input type="checkbox"/>	吸引圧 20kPa 吸引時間 13～15秒以内 カテーテル挿入の長さ 10～13cm など、注意事項どおりに実施できる	
		<input type="checkbox"/>	吸引の清潔操作と吸引カテーテルの清潔管理ができる	
人工呼吸器 管理	基本的管理	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器の設定の確認ができる	
		<input type="checkbox"/>	人工呼吸器の電源の確認ができる	
		<input type="checkbox"/>	回路交換の手順を理解している	
		<input type="checkbox"/>	加温加湿器の電源と残水量の確認ができる	
	アラーム対応	<input type="checkbox"/>	アラームの意味が理解できる（痰の貯留、回路のはずれ、カフのエアもれなど）	
		<input type="checkbox"/>	アラームの対処ができる	
	緊急時の対応	<input type="checkbox"/>	蘇生バッグが使える	
<input type="checkbox"/>		停電時：外部バッテリーに切り替え、人工呼吸器を作動することができる		
栄養管理	経口摂取が できる場合	<input type="checkbox"/>	栄養補給・水分補給が安全にできる	
		<input type="checkbox"/>	誤嚥予防ができる	
	胃ろうまたは 経鼻栄養	<input type="checkbox"/>	栄養・薬剤の内容や投与方法が理解できる	
		<input type="checkbox"/>	正しい手順で投与できる	
		<input type="checkbox"/>	カテーテルの種類、交換方法・頻度、固定方法がわかる	
		<input type="checkbox"/>	抜けた時の対処方法がわかる	
		<input type="checkbox"/>	胃ろう周辺のスキンケアができる	
コミュニケーション	コミュニケーション ツール	<input type="checkbox"/>	必要なコミュニケーション手段が使える	
		<input type="checkbox"/>	コールスイッチの設置ができる	
移動管理	車椅子での移動	<input type="checkbox"/>	車いすへの移乗方法を理解している	
		<input type="checkbox"/>	呼吸器の移動設置、外部バッテリーの接続ができる	
		<input type="checkbox"/>	蘇生バッグ、ポータブル吸引器の準備ができる	

7 療養環境の確認 【担当者：保健師・ケアマネージャー】

訪問者：		実施日：	
------	--	------	--

確認済 ☑	内容 (該当部分に☑)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一戸建て 療養室 (階) (階段 <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) (エレベーター <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無)
<input type="checkbox"/>	療養の部屋 約 (畳)
<input type="checkbox"/>	冷暖房器具 <input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> 灯油ファンヒーター <input type="checkbox"/> ガスヒーター <input type="checkbox"/> 扇風機 <input type="checkbox"/> 電気ヒーター <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	アンペア数 () A
<input type="checkbox"/>	必要コンセント数・場所の確認 () 使用機器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 加温加湿器 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input type="checkbox"/> ギャッジベッド <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他 (コミュニケーション機器等)
<input type="checkbox"/>	段差 (<input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無) (場所：)
<input type="checkbox"/>	入口の間口の広さ (<input type="checkbox"/> 適切、 <input type="checkbox"/> 狭小) (場所：)
【必要な場合】	
<input type="checkbox"/>	手すり (<input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無) (場所：)
<input type="checkbox"/>	トイレ <input type="checkbox"/> 広さ () <input type="checkbox"/> 昇降便座 <input type="checkbox"/> ウォシュレット <input type="checkbox"/> その他 ()

改善項目と方法

家族の受け入れ態勢 (不安など)

記入者	
-----	--

項目	☑を入れる	医療機器	入手方法 (記入例) 医療機関よりレンタル 障害者福祉サービス・自費購入	備考 (購入先・価格等)
人工呼吸に必要なもの	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器		
	<input type="checkbox"/>	加温加湿器		
	<input type="checkbox"/>	人工鼻		
	<input type="checkbox"/>	回路一式		
	<input type="checkbox"/>	蘇生バッグ		
	<input type="checkbox"/>	外部バッテリー		
	<input type="checkbox"/>	(テストラング)		
	<input type="checkbox"/>	パルスオキシメーター		
	<input type="checkbox"/>	蒸留水(加温加湿器用)		
気管切開に関するもの	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ		
	<input type="checkbox"/>	カニューレホルダー		
	<input type="checkbox"/>	カフエア用シリンジ		
吸引に必要なもの	<input type="checkbox"/>	吸引器		
	<input type="checkbox"/>	吸引カテーテル		
	<input type="checkbox"/>	コネクター(必要な場合)		
	<input type="checkbox"/>	アルコール綿		
	<input type="checkbox"/>	手袋(必要な場合)		
	<input type="checkbox"/>	低圧持続吸引器(必要な場合)		
在宅酸素に必要なもの	<input type="checkbox"/>	酸素濃縮器		
	<input type="checkbox"/>	酸素ポンプ		
カフアシストに関するもの	<input type="checkbox"/>	カフアシスト		
	<input type="checkbox"/>	回路一式		
栄養に必要なもの	<input type="checkbox"/>	胃ろうカテーテル		
	<input type="checkbox"/>	経管栄養ボトル		
	<input type="checkbox"/>	経管栄養セット		
	<input type="checkbox"/>	注入用注射器(カテーテルチップ)		
	<input type="checkbox"/>	経管経鼻栄養カテーテル		
排泄に必要なもの	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル		
	<input type="checkbox"/>	尿器		
	<input type="checkbox"/>	便器		
	<input type="checkbox"/>	ポータブルトイレ		
	<input type="checkbox"/>	シャワーボトル		
	<input type="checkbox"/>	紙おむつ		
コミュニケーションに必要なもの	<input type="checkbox"/>	意思伝達装置		
	<input type="checkbox"/>	文字盤		
	<input type="checkbox"/>	コールスイッチ		
移動に必要なもの	<input type="checkbox"/>	車椅子		
	<input type="checkbox"/>	クッション		
	<input type="checkbox"/>	リフト		
	<input type="checkbox"/>	スライディング・ボード		
その他必要なもの	<input type="checkbox"/>	ベッド		
	<input type="checkbox"/>	エアマット		
	<input type="checkbox"/>	血圧計		
	<input type="checkbox"/>	体温計		
	<input type="checkbox"/>	アルコール綿		
	<input type="checkbox"/>	手指消毒		
	<input type="checkbox"/>	処置用手袋		

9 退院カンファレンス 【担当者：退院調整看護師】

実施日：

参加者（名前）				
<input type="checkbox"/>	本人		地域関係者	
<input type="checkbox"/>	家族		<input type="checkbox"/>	地域主治医
病院関係者			<input type="checkbox"/>	訪問看護ステーション
<input type="checkbox"/>	病棟主治医		<input type="checkbox"/>	保健所保健師
<input type="checkbox"/>	担当看護師		<input type="checkbox"/>	ケアマネージャー
<input type="checkbox"/>	リハ担当者		<input type="checkbox"/>	障害福祉担当
<input type="checkbox"/>	退院調整看護師		その他	
<input type="checkbox"/>	M S W		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

☑を 入れる	確認内容
<input type="checkbox"/>	1. 療養者の現在の病状、医療面からみた今後おこりうるリスクと対処法、ケアの内容と留意点、コミュニケーション方法（ナースコール含む）
<input type="checkbox"/>	2. 専門医と地域医の役割分担（診療報酬上の役割含む）
<input type="checkbox"/>	3. 家族介護体制（患者・家族の希望、ニーズ、不安など）
<input type="checkbox"/>	4. 退院後の支援体制、週間予定
<input type="checkbox"/>	5. 緊急時の対応と連絡体制
<input type="checkbox"/>	6. 退院日の決定（ 年 月 日）
<input type="checkbox"/>	7. 退院時の搬送方法の検討
<input type="checkbox"/>	8. 退院当日の訪問看護
<input type="checkbox"/>	9. 退院後の在宅療養評価のためのカンファレンスの日程調整 （ 年 月 日）
<input type="checkbox"/>	10. その他

依頼先／担当	☑を入れる	依頼内容
主治医	<input type="checkbox"/>	診療情報提供書（※様式1-①）
	<input type="checkbox"/>	訪問看護指示書
	<input type="checkbox"/>	介護職員等喀痰吸引等指示書（※様式1-②）
	<input type="checkbox"/>	災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書 ※注1） （※様式1-③a、または1-③b）
病棟／担当看護師	<input type="checkbox"/>	看護情報提供書（看護サマリー）（※様式2）
	<input type="checkbox"/>	消毒液、服薬、経腸栄養剤
	<input type="checkbox"/>	予備用特定診療材料 ・気管カニューレ ・膀胱留置カテーテル ・経管栄養関係 ・（ ）
担当PT・OT・ST	<input type="checkbox"/>	ALSリハビリテーション情報提供書（※様式3）
退院調整部門	<input type="checkbox"/>	衛生材料チェックリスト（※ 8 を使用）
	<input type="checkbox"/>	搬送車の手配確認
	<input type="checkbox"/>	地域主治医へ退院の連絡、退院後の訪問診療調整
	<input type="checkbox"/>	退院当日の訪問看護依頼
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器日常点検表の紹介（※様式4-①，4-②）
	<input type="checkbox"/>	機器業者への退院日連絡／人工呼吸器設置の確認
保健師	<input type="checkbox"/>	東京電力への登録

※注1) 以下のいずれかの方法で区市町村の把握集約機関（障害・保健担当部署等）に退院連絡を入れてください

①医療機関 ⇒ 区市町村の把握集約機関へ（様式1-③a）

②患者家族 ⇒ 区市町村の把握集約機関へ（様式1-③b）

様式集

- 様式 1-① 診療情報提供書（医師用）
- 様式 1-② 介護職員等喀痰吸引等指示書
- 様式 1-③ 災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書
（a：医療機関用・b：患者家族用）
- 様式 2 看護情報提供書（看護サマリー）
- 様式 3 ALSリハビリテーション情報提供書
- 様式 4-① 日常点検表（NPPV用）
- 様式 4-② 日常点検表（TPPV用）

診療情報提供書（医師用）

年 月 日

地域主治医 _____ 先生御侍史	入院時主治医氏名 在宅主治医氏名
-------------------	---------------------

当院入院時の患者様の臨床情報をお送りいたします。貴院での継続診療をお願い申し上げます。

(フリガナ) 患者氏名 _____	患者住所 電話番号 _____
生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

主な診断名	1. 筋萎縮性側索硬化症 2. _____ 3. _____ 4. _____
病歴 :	
既往歴 : (外傷 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)、(手術歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)、(その他 () <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
合併症 : <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> なし	
感染情報 : HBsAg (), HCV Ab (), RPR (), TPHA (), HIV (), MRSA (), その他 ()	
アレルギー : <input type="checkbox"/> あり (薬剤名 : _____ 食品名 : _____) <input type="checkbox"/> なし	
嗜好 : 喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり (本 × 年) <input type="checkbox"/> なし	
家族歴 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合 (<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 両親のいずれか <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ())	

発症時期	年 月 発症年齢 歳
------	------------

初発症状 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 頸部筋力低下(首下がりなど) <input type="checkbox"/> 上肢筋力低下(優位部: <input type="checkbox"/> 近位 <input type="checkbox"/> 遠位 <input type="checkbox"/> びまん性) (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 下肢筋力低下(優位部: <input type="checkbox"/> 近位 <input type="checkbox"/> 遠位 <input type="checkbox"/> びまん性) (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> その他
-----------------	---

現 症	1. 舌萎縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 2. 構音障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 3. 嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 4. 呼吸障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 5. 筋力 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ①頸部前屈 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ②肩関節外(三角筋など) 右 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 左 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) ③肘関節屈曲(上腕二頭筋など) 右 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 左 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) ④手関節背屈 右 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 左 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) ⑤股関節屈曲 右 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 左 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) ⑥足関節背屈 右 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 左 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 6. 筋萎縮(認める部位すべてに☑) <input type="checkbox"/> 頸筋群 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢帯筋 <input type="checkbox"/> 左上肢帯筋 <input type="checkbox"/> 傍脊柱筋 <input type="checkbox"/> 右腰帯筋 <input type="checkbox"/> 左腰帯筋 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 7. 上位運動ニューロン徴候 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (痙縮、腱反射亢進、病的反射のいずれかを認める部位をすべて選択) 部位: <input type="checkbox"/> 1.脳神経領域 <input type="checkbox"/> 2.頸部・上肢領域 <input type="checkbox"/> 3.体幹領域 <input type="checkbox"/> 4.腰部・下肢領域 身長 _____ cm、体重 _____ kg BMI (体重kg/身長m ²)
-----	--

運動機能 (ADL)	看護サマリーを参照下さい
認知障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
改訂E1 Escorial診断基準	<input type="checkbox"/> ALS疑い <input type="checkbox"/> ALS可能性あり <input type="checkbox"/> ALS可能性高し (検査陽性) <input type="checkbox"/> ALS可能性高し
臨床病型	<input type="checkbox"/> 呼吸筋麻痺先行型 <input type="checkbox"/> Flail arm syndrome <input type="checkbox"/> PLS (原発性側索硬化症型) <input type="checkbox"/> PMA (進行性脊髄性筋萎縮症) 型 <input type="checkbox"/> ALS-D

ALSFRSR (評価時期)	/48点	年	月	日									
■呼吸機能 (評価時期)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年	月	日	(%FVC = %、1秒率= %)								
■動脈血ガス分析	年	月	日	(pO ₂ =、pCO ₂ =)									
■針筋電図	年	月	日	進行性脱神経の所見 (fibrillation, psw, complex fas,) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位: <input type="checkbox"/> 1.脳神経領域 <input type="checkbox"/> 2.頸部・上肢領域 <input type="checkbox"/> 3.体幹領域 <input type="checkbox"/> 4.腰部・下肢領域									
酸素投与	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年	月	日	より								
NPPV	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	設定条件:	年	月	日	より							
気管切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	気管チューブ製品名:	年	月	日	より	サイズ:						
TPPV	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	設定条件:	年	月	日	より							
■経管栄養の導入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年	月	日	より	サイズ:	Fr.	cm	固定				
経鼻胃管	年	月	日	より	製品名:								
胃ろう	年	月	日	より	サイズ:	Fr.	cm						
その他の方法 ()	年	月	日	より									
■膀胱留置カテーテルの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	製品名:	年	月	日	より	サイズ:	Fr.					
インフォームド・コンセント	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> まだ	・病名の告知	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> まだ	・病態の告知	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> まだ	・四肢・体幹機能障害	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> まだ	・嚥下障害と対応方法	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> まだ	・呼吸障害と対応方法	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> まだ	・コミュニケーション障害と対応方法	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> まだ
人工呼吸器使用に対する意思決定	<input type="checkbox"/> ほぼ決定 <input type="checkbox"/> 決定していない												
その他患者の意思内容													
その他: 処方内容は添付の入院時サマリー参照													

災害時・緊急時支援に係る情報提供書兼同意書【医療機関用】

区市町村長 殿

下記の患者について情報提供の同意を得たので、情報を提供します。

記

フリガナ 患者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)			
住所	〒 (電話)			
病名				
療養状況	退院予定日 年 月 日 退院先 自宅			
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> TPPV (気管切開)	<input type="checkbox"/> NPPV (マスク使用)	内部バッテリー	<input type="checkbox"/> 有 (時間) <input type="checkbox"/> 無
	使用時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> その他 ()		外部バッテリー	<input type="checkbox"/> 有 (時間) <input type="checkbox"/> 無
吸引器	<input type="checkbox"/> 充電器付き <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 足踏み式等非電源式 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他 医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 低圧持続吸引器 <input type="checkbox"/> 吸入器 <input type="checkbox"/> カフアシスト <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他)			

年 月 日

私は、災害時又は緊急時の支援を目的として、上記の情報について住所地の区・市町村へ提供することに同意します。

氏名 印

医療機関名 (電話)

診療科

主治医名

看護情報提供書（看護サマリー）

年 月 日

記入

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	入院月日	年	月	日
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(歳)
退院月日	年	月	日		
診断名					
既往歴					
感染症					

初発 症状	年	月頃	確定 診断	年	月頃
	具体的に ()			医療機関名 ()	
入院 中 の 経 過	今回の入院経過				
	入院中の看護課題				

A D L ・ 看 護 内 容 な ど	移動				
	食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう (種類 交換頻度) <input type="checkbox"/> その他 () 栄養剤 () 回数 () ml × () 回 1日のカロリー () kcal 1日の水分量 () ml			
	清潔				
	排泄 状況	排尿	<input type="checkbox"/> 自然排尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置	〔 カテーテルサイズ 最終交換日 年 月 日 〕	
気管 カニューレ	商品名 ()	サイズ ()	カフ圧・量 ()		
	最終交換日	年	月	日	
人工呼吸器 関連	設定値	機種名 ()			
		<input type="checkbox"/> 気管切開で使用 (TPPV)	<input type="checkbox"/> マスクで使用 (NPPV)		
		<input type="checkbox"/> 圧規定 (PCV)	<input type="checkbox"/> 量規定 (VCV)		
		換気モード ()	換気モード ()		
		IPAP () EPAP ()	1回の換気量 () ml		
		吸気圧 () PS ()	PS () PEEP ()		
		PEEP ()			
		呼吸回数 () 回/分	呼吸回数 () 回/分		
吸気時間 ()	吸気時間または吸気流量 ()				
人工呼吸器装着時間	<input type="checkbox"/> 24時間	<input type="checkbox"/> 夜間のみ	<input type="checkbox"/> その他 ()		
酸素	<input type="checkbox"/> あり () L/分	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
備考					

ALSリハビリテーション情報提供書

氏名： _____ (男 女) _____ 歳

	PT (期間 ~) 担当者	OT (期間 ~) 担当者	ST (期間 ~) 担当者
身体状況	ROM制限 (部位/程度)	筋力：MMT (上肢-)	球麻痺 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
	筋力低下 (部位/程度)	(下肢-)	仮性球麻痺 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
ADL	筋緊張異常 (部位/程度)	疼痛： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	音声障害 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
	痛み (部位/程度)	座位持久力： 分程度	音質 ()
指導内容	呼吸機能 (自発呼吸 NPPV TPPV)	その他：	音量 ()
	VC (ml) PCF (L/min)		発声持続 ()
持記事項	呼吸器離脱可能時間 ()		構音障害 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
			開鼻声 ()
ADL	起居方法 (介助量/補助具)	コミュニケーション方法 <input type="checkbox"/> 発語 <input type="checkbox"/> 指文字盤 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 透明文字盤	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
	移動方法 (介助量/補助具)	<input type="checkbox"/> 機器活用 呼び出しチャイム <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 無線 / <input type="checkbox"/> 有線) 特殊スイッチ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 押しボタン式 <input type="checkbox"/> PPS <input type="checkbox"/> ピンタッチ <input type="checkbox"/> その他)	口腔期 ()
指導内容		福祉機器利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	咽頭期 ()
		「情報通信支援用具」 <input type="checkbox"/> オペレートナビ <input type="checkbox"/> スイッチXS	食道期 ()
持記事項		「携帯用会話補助装置」 <input type="checkbox"/> トーキングエイド <input type="checkbox"/> レッツチャット	書字障害 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
		「重度障害者用意思伝達装置」 <input type="checkbox"/> 伝の心 <input type="checkbox"/> ハーティリーダー	認知障害 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
持記事項	体操 (<input type="checkbox"/> 関節運動 <input type="checkbox"/> 筋力トレーニング <input type="checkbox"/> 呼吸理学療法 <input type="checkbox"/> 動作練習)	呼び鈴分岐装置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	情動障害 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 無
	移動方法 (<input type="checkbox"/> 起居 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 起立・歩行 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> その他)	上肢装具 (PSB) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
持記事項	移動補助具 (<input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> その他)	食事 <input type="checkbox"/> 軽量スプーン <input type="checkbox"/> 握りフォーク	
	家屋改造 (<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> その他)	更衣・整容・その他	
持記事項		生活上の意向：	

日常点検表 (NPPV用)

人工呼吸器機種：

年

氏名：

点検項目		内容・設定	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
本体	電源・コンセント	AC電源プラグ・コンセントの具合、埃など										
	異常音・異臭	呼吸器からの音・臭い										
	フィルター	吸気フィルターの清掃／交換										
換気条件の設定項目 ※	モード											
	IPAP	(hpa・cmH ₂ O)										
	EPAP (CPAP)	(hpa・cmH ₂ O)										
	バックアップ回数／分	回／分										
	バックアップ吸気時間	秒										
	ライズタイム											
	低圧アラーム	(hpa・cmH ₂ O)										
低換気アラーム	ℓ／分											
回路	接続											
	蛇管、気道内圧・呼気弁ポート(弁)の水貯留											
	加温加湿器の電源確認											
	加湿器の水位確認											
	マスク	マスクの汚れ 装着部皮膚 固定ベルト	マスクの手入れ 発赤やびらん 汚れや位置調整									
酸素	流量	ℓ／分										
	接続の確認											
療養者	呼吸回数／分	回／分										
	リーク量											
	SPO ₂	%										
	脈拍	回／分										
	本人の訴え (呼吸苦、唾液量など) 呼吸器の使用状況・時間											
バッテリー	外部バッテリーの充電確認											
	内部バッテリー (ある場合) の充電確認											
点検者サイン												

※機種によって設定条件等が異なるため、医師と相談する

日常点検表 (TPPV用)

年

人工呼吸器機種：	回路の種類：	<input type="checkbox"/> 加温加湿器 <input type="checkbox"/> 人工鼻	氏名：
----------	--------	---	-----

点検項目		内容・設定	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
本 体	電源・コンセント①	コンセントを抜いてインジケータの確認										
	電源・コンセント②	コンセントを差し込んでインジケータの確認										
	異常音・異臭	呼吸器からの音・臭い										
	フィルター	吸気フィルターの清掃／交換										
換 気 条 件 の 設 定 項 目 ※	換気モード											
	Vt (1回換気量)	mℓ										
	吸気圧 (IPAP)	(hpa・cmH ₂ O)										
	PEEP (EPAP)	(hpa・cmH ₂ O)										
	吸気トリガー											
	呼吸回数 (Backup数)	回／分										
	I/E ・吸気流量・吸気時間											
警 報 の 設 定	低圧アラーム	(hpa・cmH ₂ O)										
	高圧アラーム	(hpa・cmH ₂ O)										
	換気量アラーム											
回 路	回路接続／亀裂											
	加温加湿器の電源確認											
	加湿器の水位確認											
	人工鼻使用者は点検・交換											
酸 素	酸素流量	ℓ／分										
	接続の確認											
実 測 値	Vt (1回換気量)	mℓ										
	気道内圧	(hpa・cmH ₂ O)										
	換気回数	回／分										
装 着 時 間	呼吸器装着時間	h／日										
療 養 者	SPO ₂	%										
	脈拍	回／分										
バ ッ テ リ	充電状況											
点 検 者 サ イン												

※機種によって設定条件等が異なるため、医師と相談する