

氏名：	男・女 生年月日 (歳)
住所：	電話
緊急連絡先：	

1. (本人の状態) 退院時 病棟 (医師・看護師記入) (年 月 日・記入者)

呼吸器装着 (NIPPV・気管切開・TPPV) 呼吸器の機種： 人工呼吸器装着時間： 呼吸器設定：モード 1 回換気量 呼吸回数 気管カニューレ：種類 () サイズ (Fr) 口腔カテーテル (Fr) 気道内圧 (患者) カフ圧チェック・気管チューブ固定 栄養摂取方法：経口： 食事形態 () 胃瘻 (型 / メーカー名) 交換頻度： 月 回 胃瘻最終交換日 (年 月 日) 経管栄養：使用栄養剤 (ml× 回/日) 水分量 (ml) コミュニケーション手段：①会話 ②筆談 ③文字盤 ④意思伝達装置 () ⑤その他 () 吸引 (日中平均 回、夜間平均 回) 性状 体位交換 (日中頻度 回、夜間 回) 注意点 24 時間タイムスケジュール・医療・看護処置等 (1 日予定表と看護サマリー参照) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器パンフレット配布 <input type="checkbox"/> 減災手帳配布 (災害に備えて準備しておくものを確認)	退院時サマリーと併用・全体像はサマリーで把握。(フェイスシートとして利用) 具体的な内容を記入 病棟でのスケジュールがそのまま在宅に移行できるわけではないが、退院前に 1 日の生活リズム・介護スケジュールを把握できていることが望ましい。 体位交換・モーニングケア・イブニングケア・吸引・栄養摂取・チューブ交換・回路交換 排泄状況等具体的に記入
--	---

2. ALS FUNCTIONAL SCALE (ファンクションスケール)

ALSファンクションスケールチェックリスト

球	1	4・3・2・1・0	
	2	4・3・2・1・0	
	3	4・3・2・1・0	
上肢	4	4・3・2・1・0	
	5	4・3・2・1・0	
	6	4・3・2・1・0	
下肢	7	4・3・2・1・0	
	8	4・3・2・1・0	
	9	4・3・2・1・0	
呼吸	10(1)	4・3・2・1・0	
	10(2)	4・3・2・1・0	
	10(3)	4・3・2・1・0	
(評価日) 年 月 日			48

- 3: 口内の唾液はわずかだが、明らかに過剰 (夜間はよだれが垂れることがある)
 2: 中等度に過剰な唾液 (わずかかによだれが垂れることがある)
 1: 顕著に過剰な唾液 (よだれが垂れる)
 0: 著しいよだれ (絶えずティッシュやハンカチを必要とする)

3. 嚥下

- 4: 正常な食事習慣
 3: 初期の摂食障害 (時に食事を喉につまらせる)
 2: 食事の内容が変化 (継続して食べられない)
 1: 補助的なチューブ栄養を必要とする
 0: 全面的に非経口性または腸管性栄養

4. 書字

- 4: 正常
 3: 遅い、または書きなぐる (すべての単語が判読可能)
 2: 一部の単語が判読不可能
 1: ペンは握れるが字を書けない
 0: ペンが握れない

5. 摂食動作

胃瘻設置の有無により(1)(2)のいずれか一方で評価 (1) (胃瘻なし) 食事用具の使い方

- 4: 正常
 3: 幾分遅く、ぎこちないが他人の助けを必要としない
 2: フォークは使えるが、箸は使えない
 1: 食物は誰かに切ってもらわなくてはならないが 何とかフォークまたはスプーンで食べることができる
 0: 誰かに食べさせてもらわなくては行けない

(2) (胃瘻あり) 指先の動作

- 4: 正常
 3: ぎこちないが全ての手先の作業ができる
 2: ボタンやファスナーを留めるのにある程度手助け必要
 1: 看護者にわずかに面倒をかける
 0: 全く何もできない

1. 言語

- 4: 会話は正常
 3: 会話障害が認められる
 2: 繰り返し聞くと意味が分かる
 1: 声以外の伝達手段と会話を併用
 0: 実用的会話の喪失

2. 唾液分泌

- 4: 正常

6. 着衣、身の回りの動作

- 4: 正常に機能できる
- 3: 努力して(あるいは効率悪いが)独りで完全にできる
- 2: 時折手助け、または代わりの方法が必要
- 1: 身の回りの動作に手助けが必要
- 0: 全面的に他人に依存

7. 寝床での動作

- 4: 正常
- 3: 幾分遅くぎこちないが助けを必要としない
- 2: 独りで寝返りをうったり寝具を整えられるが苦勞する
- 1: 独りで寝返りを始めることはできるが、独りで寝返りをうったり寝具を整えることはできない
- 0: 自分ではどうすることもできない

8. 歩行

- 4: 正常
- 3: やや歩行が困難
- 2: 補助歩行
- 1: 歩行は不可能
- 0: 脚を動かすことができない

9. 階段登り

- 4: 正常
- 3: 遅い
- 2: 軽度の不安定または疲労
- 1: 介助が必要
- 0: 登れない

10. 呼吸

呼吸困難・起座呼吸・呼吸不全の3項目を評価する

(1) 呼吸困難

- 4: なし
- 3: 歩行中におこる
- 2: 日常動作(食事、入浴、着替え)のいずれかで起こる
- 1: 座位または臥位、いずれかで起こる
- 0: 極めて困難で呼吸補助装置を考慮する

(2) 起座呼吸

- 4: なし
- 3: 息切れのため夜間の睡眠がやや困難
- 2: 眠るのに支えとする枕が必要
- 1: 座位でないと眠れない
- 0: 全く眠ることができない

(3) 呼吸不全

- 4: なし
- 3: 間欠的に呼吸補助装置(BIPAP)が必要
- 2: 夜間に継続的に呼吸補助装置(BIPAP)が必要
- 1: 一日中呼吸補助装置(BIPAP)が必要
- 0: 挿管または気管切開による人工呼吸が必要

3. 【医療機器の準備】 医療処置：人工呼吸器、気管切開、経管栄養（経鼻・胃瘻）膀胱カテーテル留置、導尿、酸素療法、吸引・吸入、その他（ ） **カンファレンスで完成させるが、事前に病棟（看護師等記入）で対応できる分を記入**

必要物品	援助別	提供元	機種名・業者・交換頻度	留意点
人工呼吸器	レ) 医)			人工呼吸器本体と周辺機器 (呼吸回路・気管切開チューブなど) 吸引器は2台あることが望ましい(停電時対策) 病院により物品内容が異なるので医療機関にて確認する。 気管カニューレ、吸引カテーテルは必ず予備があること 供給先は専門病院・地域主治医・病院売店等を明らかにしておくこと ※吸引用衛生材料 Yガーゼ・手袋・アルコール・消毒液 蒸留水ほか <表記について> ①レンタル レ) ②医療保険 医) ③介護保険 介) ④公共補助あり 公) ※自治体により異なる。 ⑤全額自費 自)
アンビューバッグ	自)			
加湿器	レ) 医)			
吸引器	公)			
呼吸器回路	医)			
パルスオキシメータ	公)			
酸素濃縮器	レ) 医)			
外部バッテリー(人工呼吸器専用)	レ) 医)			
車いす	介) 公)			
エアーマット	介)			
リフト	介) 公)			
気管カニューレ	医)			
胃瘻	医)			
バルンカテーテル	医)			
低圧持続吸引器	自)			
吸引用カテーテル	自)			
吸引用物品セット	自)			
吸引用衛生材料	自)			
経管栄養ボトル	自)			
経管栄養セット	自)			
経管栄養剤	医)			

	ハルンバック	医)		
	尿器・便器	自)		
	ポータブルトイレ	介)		
	紙おむつ	自) 公)		
	意思伝達装置	公)		
	発電機等	公)		

4. 【家族への看護・介護への指導状況】病棟（医師・看護師等記入）

	項目	対象者	主介護者		
A 呼吸管理	基礎知識		/	/	/
	呼吸器の日常管理（設定確認・点検）		/	/	/
	アラームへの対応		/	/	/
	外部バッテリーへの切り替え		/	/	/
	呼吸状態の観察（胸郭の動き、呼吸音）		/	/	/
	吸引 口腔内		/	/	/
	吸引 気管内		/	/	/
	排痰（ネブライザー・体位ドレナージ等）		/	/	/
	気管切開部のガーゼ交換		/	/	/
	気管カニューレ カフ圧管理		/	/	/
	カニューレ抜去時の対応		/	/	/
	回路トラブル時の対応		/	/	/
	回路消毒 部品手入れ消毒		/	/	/
	アンビューバッグ使用法		/	/	/
	カニューレ交換時の介助		/	/	/
停電時の対応		/	/	/	
B 栄養・排泄	一日の食事量 水分の摂取量		/	/	/
	嚥下体操・注意事項		/	/	/
	経管栄養の対応		/	/	/
	胃瘻・注入時の体位		/	/	/
	注入方法 注入前後の準備と後始末		/	/	/
	瘻孔ケアの方法		/	/	/
	水分摂取量と尿量のバランス		/	/	/
	排便の誘導・介助（おむつ・バルン・浣腸等）		/	/	/
	膀胱カテーテルの知識、管理、清潔操作		/	/	/
			/	/	/
C 保清	清式 手浴・陰洗・洗髪		/	/	/
	口腔ケア（歯ブラシ、清掃）		/	/	/
	衣類の着脱		/	/	/
	訪問入浴の準備		/	/	/

1.主介護者はすべてマスターしていること。同居家族に対し主たる介護者とともに援助することが必要であることを意識づけ、役割分担を備考欄に記入
 習得状況チェック法
 ○できる
 △もう少し練習が必要
 ×できない
 病院により指導法が異なるのでマニュアル等で確認
 ※ アンビューによる呼吸法は家族2人以上が必ず習得できていること。
 該当しない項目は斜線を引いておく
 指導した日を入れる

三島圏域 ALS在宅療養チェックリスト

(平成 27 年 4 月改定)

D その 他	コミュニケーション	/	/	/	
	体位変換	/	/	/	
	ポジショニング	/	/	/	
	廃棄物処理方法	/	/	/	
	記療養録の方法	/	/	/	
	緊急時連絡方法：8を心得ている	/	/	/	

<特記事項>

5. 導入【在宅療養移行時期 確認事項】※関係機関の協力を得て保健師等記入(年 月 日・記入者)

項目	備考	留意点
①本人・家族が在宅療養を希望している		病名告知を受けた後、患者家族が心理的に安定した状態で行う。 1.告知や在宅療養に対する説明がどのようにされ、誰が意思決定したか備考欄に記入。 患者自身がどの程度家に帰りたいのか、ただ単に病院から退院を勧められたのか本人の気持ちを分析 生きる目的を持って在宅療養を希望しているか患者の気持ちを分析
②原則介護者がいる		
③主治医が在宅療養可能と判断している		
④緊急時対応が確実にとれる		
⑤退院までに 1 か月以上ある (退院予定日 年 月 日)		
⑥必要時介護・看護の技術指導が医療機関で受けられる		

6. 【在宅療養移行決定後の手順】

本人・家族の気持ち確認 ※保健師等記入

項目	備考	留意点
不安に思っていること	本人・家族	2.退院後の生活を具体的に考えられているか留意する。
希望すること	本人・家族	3.在宅開始後、受容状況の変化も予測されるのでその都度確認
その他	本人・家族	

7. 【在宅療養の環境】 ※保健師等記入

項目	留意点
①主たる介護者 続柄： (歳) 手伝える人： (歳)	①②介護者とそれをサポートする要員が必要また、介護に耐えうるくらい健康状態が良好であること
②その他介護を要する家族	
③収入・経済状況	
④住宅環境 一戸建て 階建・集合住宅 階 ・療養する部屋 (階 畳) ・各種医療機器の設置・衛生材料の保管・介護者の睡眠スペース等が確保できる エレベーター 有・無 ・住宅改造の必要性の有無	④6～8畳あれば療養可能。人工呼吸器を搭載した車椅子の移動が可能か
⑤電気関係	電源に対する取り扱い： 医療機器を使用して在宅療養するには様々な電機器具を使用することになるので、特に電源については左記のように注意する。タコ足配線にならないように注意する
家庭に必要な電気容量 (医療機器と電化製品)	
家庭内配線の確認 (1配線内に集まっていないか)	
電源の取り方 (延長コードは極力使用しない)	
可能なら医療機器用独立配線の設置 ①電気容量 30A以上②コンセント5箇所③アース	
停電時対策:人工呼吸器⇒内部バッテリー 外部バッテリー アンビュー 発電機 :吸引器⇒充電式 (シガーライター等)・手動式・足踏み式	

8. 【在宅療養の支援体制】 **保健師等記入**

	機関名 ・ 担当者	頻度	連絡先	
緊急時対応病院				<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療、医療処置、投薬などの役割分担(カンニューレ交換・風邪等有症状時の往診など)についても確認 ・ 入院受け入れ機関の確保 ・ 随時往診できる医師の確保 ・ 患者のQOLを高めるための支援体制があるか ・ 在宅療養で携わるスタッフを明らかにしておき、体制を別紙に記入
専門病院				
かかりつけ医				
ケアマネジャー				
訪問看護				
訪問リハ				
訪問介護				
訪問入浴				
移送サービス				
保健所				

9. 【介護保険・福祉制度等】 **保健師等記入**

	介護保険申請 (ALS40歳以上対象)	要介護 ()	
	身体障害者手帳申請	種 級 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護度・手帳の種類と等級・障害年金等級等具体的に記入 ・ 在宅でかかる費用の概算をだし家族に明示し収入のどれくらいを療養費にまわせるか ・ 呼吸器オーバーホール費用をどこが負担するか明らかにする。
	障害者総合支援法	障害程度区分 ()	
	障害年金申請	級	
	特別障害者手当		
	重度意思伝達装置		
	日常生活用具 (発電機など)		
	補装具		
	その他		

※自治体により異なる

10. 【一日の生活と週間予定・介護状況】 **保健師等記入**

時間帯	月	火	水	木	金	土	日	
午 前								1.医療・介護保険の区別がわかるように記入 2.別紙用紙
午 後								
深夜早朝								

11. 【緊急体制】 **保健師等記入**

	連絡先と対処法	
本人の状態が変化した時	急変時・・・ 軽度の変化・・・	1.病態変化やトラブルのあった時に家族が対応できるよう整備する。日中、夜間により連絡先が違うこともあるので注意 呼吸器のトラブルは連絡先とバックアップ体制を整えておくこと 救急搬送がスムーズに行えるよう消防署と連絡する。場合によっては事前に確認してもらう。 2.関係機関・関係職種が円滑に連絡しあえるような体制を組む
家族が介護できない状態になった時		
医療機器のトラブル		
災害時		

☆カンファレンスで確認すべきこと：※状況に応じ開催・関係スタッフで確認

カンファレンス開催日 平成 年 月 日 ()		
参加者：本人 家族 ()		
病院側：医師 () 看護師 () MSW () リハスタッフ ()		
在宅側：かかりつけ医 () 訪問看護 ()		
訪問リハ ()		
保健師 () ケアマネジャー ()		
ヘルパー () 訪問入浴 ()		
①病状経過説明 (予後や延命処置についても含む)		①②誰にどのようにされているかまで確認 (地域の看護者に対して、本人・家族に対して) ④医師・看護師からみて ⑥⑦医療機関名を記入
②医療処置の管理について		
③予測できる緊急事態と対応		
④家族の状況・理解 (ケア技術・看護・介護力)		
⑤1日のスケジュール 10. へ		
⑥緊急入院の受け入れ 11. へ		
⑦レスパイト		

※作成にあたっては、関係機関の協力を得て記入する。

<記 録>