

<第1部> チームによる支援・連携に必要な情報

1. 在宅療養を支える各職種とその役割

医療ケアを必要とする患者が在宅療養を始めるには、多機関の多職種による連携が不可欠です。医療機関や事業所毎に多少の役割の違いはありますが、お互いの役割を理解して上手に連携するために、主な役割をまとめました。

	職 種	役 割	参照
医療機関	専門医	診断および治療。 病名や病気の予後、人工呼吸器の装着等、医療ケアについて説明。 在宅療養が医学的に可能かどうかの判断。	
	病棟看護師	必要な治療への介助および医療ケアの提供。 在宅療養に向けて吸引操作等の医療ケアや介護の指導。 本人および家族に対する精神的支援。	
	臨床工学技士（ME）	在宅療養に向けて、医療機器の操作や管理方法について指導。	
	理学療法士（PT）	身体機能や基本動作能力の維持・改善のため、関節の拘縮予防や呼吸リハビリ等を実施。 在宅療養に向けて、装具や福祉用具の検討。 家族に対する介助方法の指導。	
	作業療法士（OT）	在宅療養に向けて、日常生活のための支援（訓練）を実施。 自助具の工夫やコールスイッチの検討等、療養環境整備を実施。	
	言語聴覚士（ST）	摂食・嚥下機能の評価や嚥下訓練の実施。 在宅療養に向けて、文字盤や意思伝達装置等コミュニケーション手段について指導。	
	管理栄養士	嚥下困難時の食事内容の工夫等、栄養全般に関する指導。 在宅療養に向けて注入食の作り方について指導。	
	歯科衛生士	口腔ケアの実施。 在宅療養に向けて口腔ケアの方法について指導。	
	地域医療連携部門 医療ソーシャルワーカー 看護職	院内では、医療者と患者・家族の間に立って在宅療養に向けて本人および家族の相談支援を実施。医療機関側の連携窓口。 マネジメント担当者や関係者と連絡調整。退院前会議の開催。	P.9
	臨床心理士	精神的不安に対する心理的なサポート。	
地域	在宅医	定期的な訪問診療により、病状の観察や症状に応じた治療を行う。 必要に応じて訪問診療を実施。	
	訪問看護師	在宅療養者の状態観察および介護状況の把握。 医療ケアの提供や家族に対する指導。 必要時、在宅医等への連絡。	P.29 ～ 30
	訪問介護員 （ホームヘルパー）	在宅療養者の日常生活全般への支援。（身体介護・生活支援）	
	訪問入浴	在宅療養者の入浴支援。	
	訪問リハビリ	PT 関節の拘縮予防や呼吸リハビリ等を実施。 装具や福祉機器の導入や住宅改修等による療養環境整備。 家族に対する介助方法の指導。	
		OT 日常生活動作のための支援（訓練）を実施。 自助具の工夫やコールスイッチの検討等、療養環境整備を実施。 家族に対する介助方法の指導。	
		ST 摂食・嚥下機能の評価や嚥下訓練の実施。 食事内容や介助方法について家族や支援者への指導。 文字盤や意思伝達装置等コミュニケーション手段について指導。	

	職 種		役 割	参照
地 域	訪問歯科診療	歯科 医師	訪問による歯科治療および嚥下評価・口腔機能評価・訓練の計画作成等を実施	
		歯科 衛生士	口腔ケアの実施および指導。 誤嚥性肺炎の予防のために家族や支援者に対して機能的口腔ケアを実施。	
	居宅介護支援事業所 (介護支援専門員)		介護保険サービスの利用援助。 「40 歳以上」の介護保険サービス利用者のケアマネジメントを担当。 入院中から患者・家族や医療従事者と面会し、退院後のケアプランの作成や、在宅療養を支えるスタッフの調整を実施。 在宅においては、病状の進行に応じてサービスの調整を行う。	
	相談支援事業所 (相談支援専門員)		障害福祉サービスの利用援助。 在宅療養に必要な障害福祉サービスの相談に応じる。	P.10 ～ 11
市 の 機 関	すこやか相談所 (保健師)		特定医療費（指定難病）に関する申請窓口。（更新申請を除く。） 難病患者・家族の相談窓口。 あんしん長寿相談所（主任介護支援専門員）と共に、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対する支援を行う。	P.9
	あんしん長寿相談所 (主任介護支援専門員、 社会福祉士、保健師)		介護保険サービスに関する総合相談窓口。 居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対する支援。	P.10
	保健所 保健予防課 (保健師・看護師)		特定医療費（指定難病）に関する申請窓口。 難病患者・家族の相談窓口。 「40 歳未満」の介護保険サービスが利用できない方のケアマネジメントを担当。 入院中から患者・家族や医療従事者と面会し、退院後のケアプランの作成や、在宅療養を支えるスタッフの調整を実施。 在宅においては、病状の進行に応じてサービスの調整を行う。 難病患者の在宅療養支援者を対象とした研修会等の開催。 難病患者の療養支援体制の整備。	P.9
	障害福祉課 (ケースワーカー)		地域の障害福祉サービスの申請窓口。 在宅療養に必要な障害福祉サービスの相談に応じる。	P.10

関係 機関	滋賀県健康医療福祉部 障害福祉課 (保健師・事務担当者)	滋賀県の難病対策及び特定医療費（指定難病）の主管課。 滋賀県在宅重症難病患者一時入院受入体制整備事業の実施。	
	滋賀県難病相談支援 センター (支援員・相談員)	療養・日常生活・各種公的手続き等の相談窓口。 患者・家族と同じ立場にある相談員による相談（ピアカウンセリング）。 地域交流会活動に対する支援。就労支援。 講演会および研修会の開催。 在宅難病患者等療養生活用機器貸出。	P.11
	滋賀県難病医療 連携協議会 (難病医療コーディネーター)	入転院施設の紹介。 難病に関する相談・情報提供の実施。 難病医療従事者を対象とした研修会の開催。	P.13
	滋賀県社会福祉協議会 福祉用具センター (作業療法士・保健師等)	福祉用具の展示相談。 住宅改修の相談。 福祉用具の改造製作。	
	各患者会	電話等による個別相談。 患者・家族・支援者を対象とした交流会や研修会の開催。	P.37

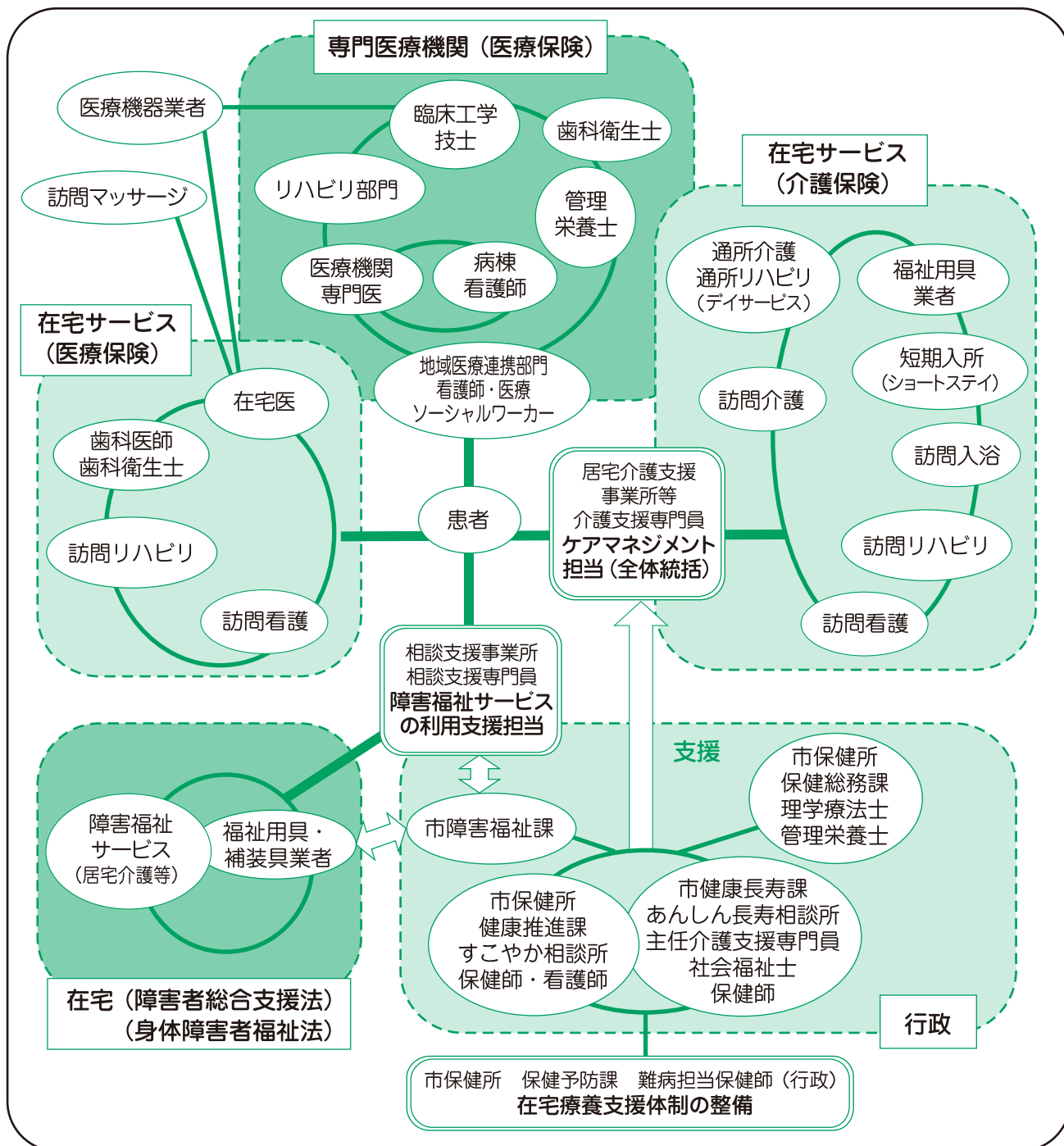
2. 在宅療養における支援体制

1) 主な在宅療養支援者

大津市では在宅療養を支えるスタッフとして医療機関と地域にそれぞれ専門職が配置されています。医療機関と在宅をつなぐスタッフとして、医療機関側には「地域医療連携部門」の医療ソーシャルワーカーや看護職、在宅側にはケアマネジメント担当者がおり、相互に連携を取りながら退院後の支援体制の構築を図ります。下図は、人工呼吸器を装着された神経難病患者が在宅療養を始める際に、組織を越えて形成される「在宅療養支援チーム」の主要なメンバーです。

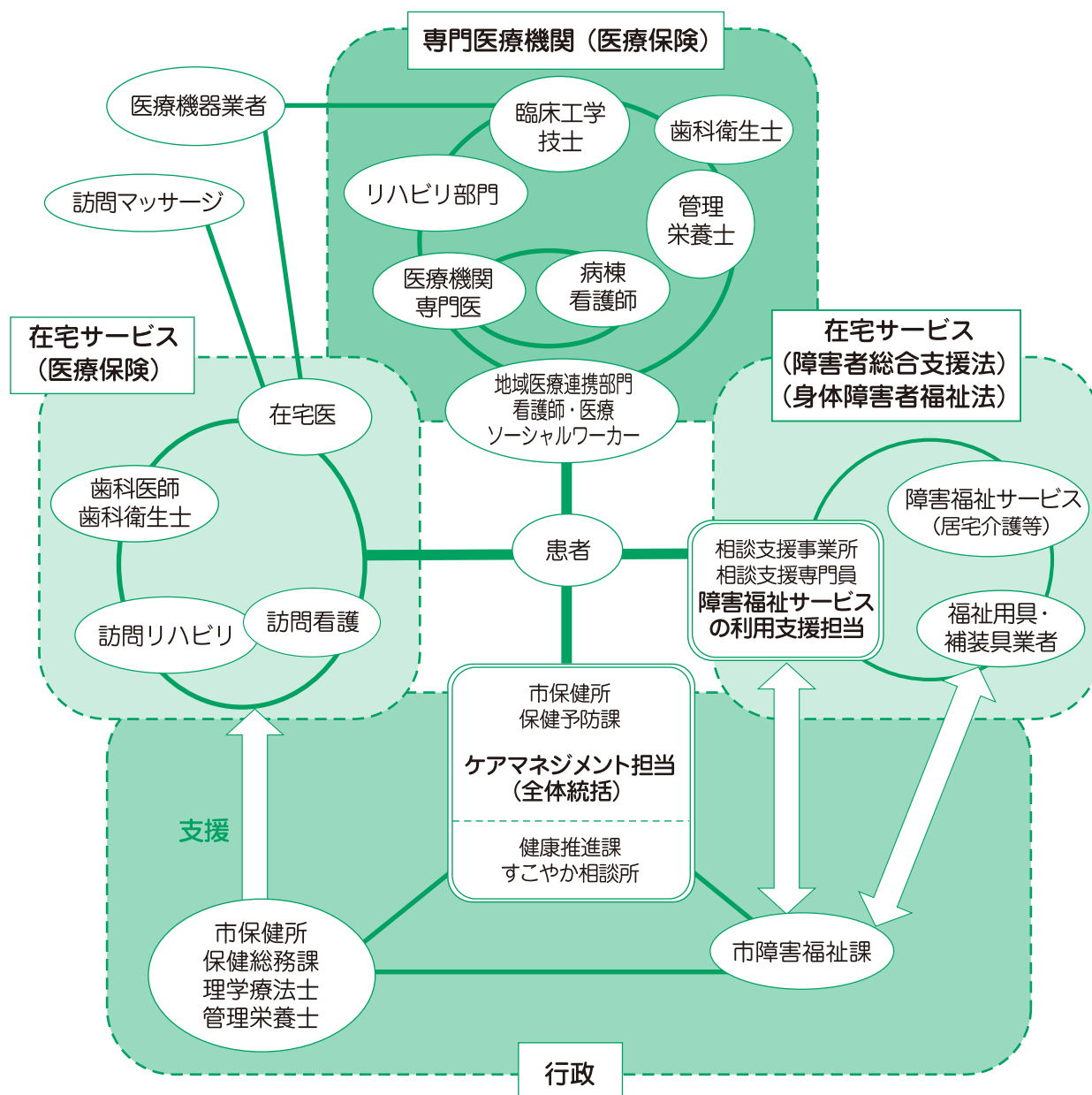
<関係図①> 介護保険サービスが利用できる患者の場合

40歳～64歳で介護保険法における「特定疾病」(P.5参照)により要介護状態となった第2号被保険者と65歳以上の要介護者は、介護保険サービスを利用することができます。



<関係図②> 介護保険サービスが利用できない患者の場合

40歳未満の方と40歳～64歳で介護保険法における「特定疾病」(P.5参照)に該当しない方は介護保険サービスを利用することができません。



2) 利用できるサービスの種類

			介護保険サービス (介護保険法)	障害福祉サービス (障害者総合支援法)
患者の年齢	65 歳以上		○	原則介護保険優先 (※2)
	40 歳 ～ 64 歳	介護保険法において 「特定疾病」(※1) により第 2 号 被保険者に該当する方	○	原則介護保険優先 (※2)
		介護保険法における 第 2 号被保険者に該当しない方	対象外	○
	40 歳未満		対象外	○

※1 介護保険法による「特定疾病」とは？

- ①筋萎縮性側索硬化症 (ALS) ②後縦靱帯骨化症 ③骨折を伴う骨粗しょう症 ④多系統萎縮症
 ⑤初老期における認知症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦脊柱管狭窄症 ⑧早老病 (ウエルナー症候群)
 ⑨糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症 ⑩脳血管疾患 (脳出血・脳梗塞等)
 ⑪パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症・パーキンソン病)
 ⑫閉塞性動脈硬化症 ⑬関節リウマチ ⑭慢性閉塞性肺疾患

⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

⑯がん (がん末期) 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る

上記の①②④⑥⑦⑪および⑬の中で悪性関節リウマチについては、特定医療費 (指定難病) 支給認定事業の対象疾患であり、申請により医療費支給の対象となる場合があります。

※2 下記の身体障害者福祉サービスと、介護保険給付サービスの両方が受けられる場合は、原則的に介護保険が優先します。

福祉用具の貸与・購入 (車椅子、杖、歩行器、ベッド、リフト等)、ホームヘルプサービス
入浴サービス、デイサービス、ショートステイ、住宅改修

介護保険給付サービスにない障害福祉の固有のサービスは、介護保険対象者であっても利用できます。
詳しくは、相談支援事業所 (P.10 ～ 11) または市障害福祉課 (P.10) までお問い合わせください。

3) ケアマネジメント担当者

重症神経難病患者の在宅療養支援には、介護保険サービスだけでなく、時には障害者総合支援法による障害福祉サービスを組み合わせて支援する場合があります。ケアマネジメント担当者は、以下のとおりです。

			介護保険サービス (介護保険法)	障害福祉サービス (障害者総合支援法)
患者の年齢	65 歳以上		居宅介護支援事業所の 介護支援専門員	原則介護保険優先
	40 歳 ～ 64 歳	介護保険法において 「特定疾病」により第 2 号被保険 者に該当する方	居宅介護支援事業所又は あんしん長寿相談所の 介護支援専門員	原則介護保険優先
		介護保険法における 第 2 号被保険者に該当しない方	対象外	保健所保健予防課難病担当保 健師 (全体統括) および相談 支援事業所相談支援専門員 (主に障害福祉サービス担当)
	40 歳未満		対象外	保健所保健予防課難病担当保 健師 (全体統括) および相談 支援事業所相談支援専門員 (主に障害福祉サービス担当)

4) 退院支援

患者が安心・納得して病院を退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、医療機関における退院支援の取組や、医療機関と地域の連携の推進が図られています。

大津市保健所では、平成27年6月に「病院とケアマネジャーの入退院の手引」(滋賀県介護支援専門員作成)が策定されています。

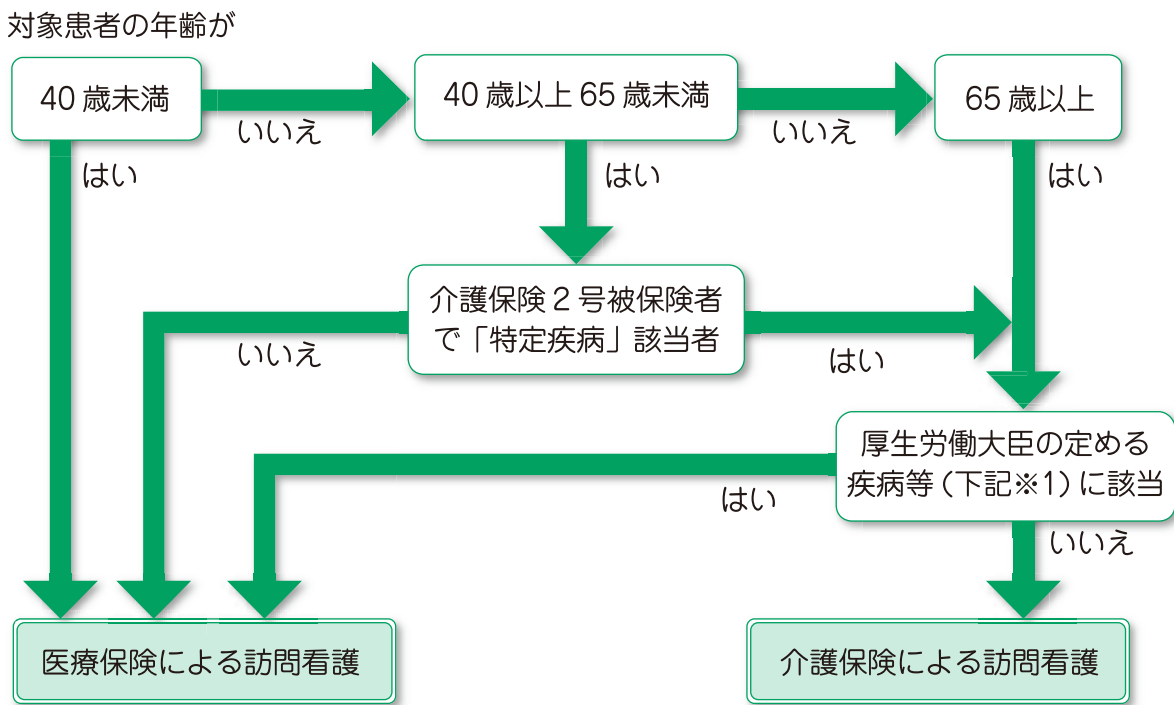
また、平成28年度より各病院に退院調整部門や退院支援職員の配置がされ、在宅療養に向けて、介護支援専門員との連携や、多職種による早期のカンファレンスの開催により、在宅療養への円滑な移行の支援が制度化されました。

5) 訪問看護・訪問リハビリ

訪問看護および訪問リハビリは、「医療保険」と「介護保険」によるものがあり、対象患者の年齢や疾患等により、どちらの保険を利用するかが決まります。

神経難病の多くは、厚生労働大臣の定める疾病等(下記※)として位置づけられており、医療保険の対象となる場合が多いのですが、例外もありますので、以下に基準を示します。

<訪問看護>



1. 介護保険と、医療保険の給付の区分

	介護保険	医療保険
原則	要介護者等に対する訪問看護	要介護者等以外の者に対する訪問看護
例外		要介護者等に対する訪問看護のうち - 急性増悪時の訪問看護 - がん末期、神経難病等(※1)に対する訪問看護 - 精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護(認知症の患者の場合等)

2. 厚生労働大臣の定める疾病等（※1）

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ、生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している患者。

3. 要介護者等に対する訪問看護について

介護認定を持っている方が、入院中や外泊中に退院に向けた訪問看護を行う場合は、要介護者であるか否かにかかわらず、医療保険からの給付となります。

また、※1の場合や、急性増悪により、主治医が一時的に頻回の訪問看護を行う必要を認め、特別訪問看護指示書の交付があった場合、精神疾患を有する者を対象とした精神科訪問看護基本療養費が算定される訪問看護を行う場合は医療保険となります。

4. 医療保険による訪問看護について

一般の患者の場合	原則 1 日 1 回。週 3 回まで。 1 か月間 1 か所の訪問看護ステーションのみ算定可。
ALS 等 「厚生労働大臣の定める疾病等」（上記※1 参照）の場合	・ 週 4 回以上可能。（特別訪問看護指示書を含み、2 か所の訪問看護ステーションの算定可） ・ 訪問看護を毎日利用している患者については、1 か月間に 3 か所の訪問看護ステーションが算定可。
特別管理加算対象者（下記 5 参照）の場合	・ 同一日に複数の訪問看護ステーションの算定は不可。 ・ 難病等複数回訪問加算により、1 日 3 回以上算定可。

（平成 24 年 4 月診療報酬改定後）

5. 特別管理加算の対象者

重症度等の高いもの	①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態 ②気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
上記以外のもの	①在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態 ②ドレーンチューブを使用している状態 ③人工肛門又は人工膀胱を造設している状態 ④真皮を越える褥瘡の状態 ⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している

長時間訪問看護加算 ・ 複数名訪問看護加算の対象者

上記 5 の利用者に限り、指定訪問看護に要する時間が 90 分を超える訪問看護を行った場合は、一人の利用者に対して週 1 回に限り算定可能。それ以外の日は「その他の利用料」（休日 ・ 時間外加算含む。）の支払いを利用者から受けることができます。

6. 複数名訪問看護加算

「厚生労働大臣の定める疾病等」（上記※1 参照）の対象者に限り、必要があって、同時に複数の看護師による指定訪問看護を実施した場合に算定可能。

<訪問リハビリテーション>

※リハビリテーション（以下リハビリ）に関する制度上のしくみ

急性期病棟を出てから在宅復帰へと円滑に移行するために、回復期を中心としたリハビリテーションの充実が求められています。平成26年には診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設されました。さらに平成28年の診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟の評価が実施されるようになりました。

在宅におけるリハビリテーションは、平成18年診療報酬改定以降、リハビリは「医療保険」において急性期から回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指しています。一方「介護保険」においては、維持期の状態に対応し、主として身体・生活機能の維持向上を目指したりリハビリを行っています。

「医療保険」によるリハビリは、脳血管疾患・運動器・呼吸器・心大血管疾患の4つの疾患別体系に分かれており、それぞれに利用できる日数（算定日数）の上限が決められています。

神経・筋疾患のリハビリは4つの体系のうち、「脳血管疾患等リハビリ」に該当しますが、算定日数の上限規定の対象から除外されている疾患があります。

※算定日数の上限規定の対象から除外されている疾患

「医療保険」によるリハビリでは、一定の疾患および症状を有し、リハビリを継続することにより、状態の改善が期待できると医学的に判断される者については、利用できる日数（算定日数）に上限を適用しないこととしており、「適用除外疾患」と呼びます。

筋萎縮性側索硬化症等の神経・筋疾患の多くは、この「適用除外疾患」に該当し、詳細は以下の通りです。

1. 失語症、失認および失行症 2. 高次脳機能障害 3. 重度の頸髄損傷
4. 頭部外傷又は多部位外傷 5. 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
6. ベーチェット病 7. 多発性硬化症 8. 重症筋無力症 9. 全身性エリテマトーデス
10. スモン 11. 筋萎縮性側索硬化症 12. 強皮症、皮膚筋炎および多発性筋炎
13. 結節性動脈周囲炎 14. ビュルガー病 15. 脊髄小脳変性症 16. 悪性関節リウマチ
17. パーキンソン病関連疾患〔進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病〕
18. アミロイドーシス 19. 後縦靱帯骨化症 20. ハンチントン病 21. もやもや病
22. ウェゲナー肉芽腫症
23. 多系統萎縮症〔線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群〕
24. 広範脊柱管狭窄症 25. 特発性大腿骨頭壊死症 26. 混合性結合組織病 27. プリオン病
28. ギラン・バレー症候群 29. 黄色靱帯骨化症 30. シェーグレン症候群
31. 成人発症スチル病 32. 関節リウマチ 33. 亜急性硬化性全脳炎・脳性麻痺
34. 胎生期もしくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形および障害 35. 顎・口腔の先天異常
36. 先天性の体幹四肢の奇形又は変形 37. 先天性神経代謝異常症・大脳白質変性症
38. 先天性又は進行性の神経筋疾患 39. 神経障害による麻痺および後遺症（脳卒中後遺症を含む）
40. 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害
41. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 42. 心筋梗塞および狭心症

緑字：特定医療費（指定難病）支給認定事業対象疾病 32. は悪性関節リウマチのみ

3. 大津市内の関係機関の相談窓口

1) 大津市内の重症難病医療拠点・協力病院「神経・筋疾患」

大津市内の重症難病医療拠点・協力病院の地域医療連携部門は下記の通りです。

名 称		所 在 地	電 話 ・ FAX
拠点病院	滋賀医科大学医学部附属病院 患者支援センター	大津市瀬田月輪町	548-2515・548-2792
	大津市民病院 地域医療連携室	大津市本宮二丁目9-9	526-8192・522-0192
	大津赤十字病院 医療社会事業課	大津市長等一丁目1-35	522-4131(代)・522-4168
協力病院	琵琶湖養育院病院 地域医療連携室	大津市大萱七丁目7-2	545-9191・545-9339
	地域医療機能推進機構滋賀病院 地域医療連携室	大津市富士見台16-1	537-3101(代)・534-8419(直通)
	琵琶湖大橋病院 医療福祉相談課	大津市真野五丁目1-29	573-4321・573-8790
	琵琶湖中央病院 地域連携部 医療福祉課	大津市御殿浜22-33	526-2144・526-2200

2) 大津市の保健サービスの窓口

大津市保健所保健予防課では、難病担当保健師および特定医療費（指定難病）支給認定事業の事務担当者が常駐し、医療ケアの必要な重症神経難病の患者や家族の療養・介護に関する相談に応じます。また、療養を支援するスタッフと連携し、療養生活の質（QOL）を高めるための支援を行います。

大津市保健所健康推進課では、身近な相談窓口として市内7か所に「すこやか相談所」を設置しています。すこやか相談所には保健師が常駐しており、医療ケアの必要な患者の在宅療養を支えるために、介護支援専門員等の関係者と連携し療養生活の支援を行います。

名 称	所 在 地	電 話 F A X	備 考
大津市保健所 保健予防課	浜大津四丁目1-1 (明日都浜大津1階)	522-6766 525-6161	難病・特定医療費（指定難病）に関するお問い合わせはこちらまで。 在宅療養支援者のための研修会やケアマネジメントアドバイザー事業等を実施しています。
和邇すこやか 相談所	和邇高城12 (和邇文化センター内)	594-8023 594-4189	<学区>小松・木戸・和邇・小野
堅田すこやか 相談所	本堅田三丁目17-14 (堅田市民センター前)	574-0294 574-1728	<学区>葛川・伊香立・真野・真野北・堅田・ 仰木・仰木の里・仰木の里東
比叡すこやか 相談所	坂本六丁目1-11 (坂本市民センター別館)	578-8294 578-8120	<学区>雄琴・日吉台・坂本・下阪本・唐崎
中すこやか 相談所	浜大津四丁目1-1 (明日都浜大津5階)	528-2941 527-3022	<学区>滋賀・山中比叡平・長等・逢坂・ 中央・藤尾
膳所すこやか 相談所	膳所二丁目5-5	522-1294 522-1198	<学区>平野・膳所・富士見・晴嵐
南すこやか 相談所	南郷一丁目14-30 (南老人福祉センター併設)	534-0294 534-9256	<学区>石山・南郷・大石・田上
瀬田すこやか 相談所	大江三丁目2-1 (瀬田市民センター内)	545-0294 543-4436	<学区>上田上・青山・瀬田・瀬田南・瀬田東・ 瀬田北

3) 大津市の介護に関する相談窓口

大津市では、身近な介護の総合相談窓口として市内8か所に「あんしん長寿相談所」(地域包括支援センター)を設置し、患者や家族、関係者の相談に応じています。あんしん長寿相談所には主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師が常駐しており、医療ケアの必要な患者の在宅療養を支える介護支援専門員等の関係者への支援も行います。

名 称	所 在 地	電 話 F A X	備 考
和邇あんしん長寿相談所	和邇高城 12 (和邇文化センター内)	594-2660 594-4189	<学区>小松・木戸・和邇・小野
堅田あんしん長寿相談所	本堅田三丁目 17-14 (堅田市民センター前)	574-1010 574-1728	<学区>葛川・伊香立・真野・真野北・堅田・ 仰木・仰木の里・仰木の里東
比叡あんしん長寿相談所	坂本六丁目 1-11 (坂本市民センター別館)	578-6637 578-8120	<学区>雄琴・日吉台・坂本・下阪本・唐崎
中あんしん長寿相談所	浜大津四丁目 1-1 (明日都浜大津 5 階)	528-2003 527-3022	<学区>滋賀・山中比叡平・長等・逢坂・ 中央・藤尾
膳所あんしん長寿相談所	膳所二丁目 5-5	522-8867 522-1198	<学区>平野・膳所・富士見・晴嵐
南あんしん長寿相談所	南郷一丁目 14-30 (南老人福祉センター併設)	533-1332 534-9256	<学区>石山・南郷・大石・田上
瀬田あんしん長寿相談所	大江三丁目 2-1 (瀬田市民センター内)	545-3918 543-4436	<学区>上田上・青山・瀬田・瀬田南
瀬田第二あんしん長寿相談所	大萱六丁目 4-16	545-5760 545-5820	<学区>瀬田東・瀬田北

4) 大津市の障害福祉の窓口

名 称	所 在 地	電 話 F A X	備 考
大津市障害福祉課	御陵町 3-1	528-2745 524-0086	障害福祉サービス全般に関するお問い合わせはこちらまで。

●利用計画の作成と一般的な相談支援と両方行っている委託相談支援事業所

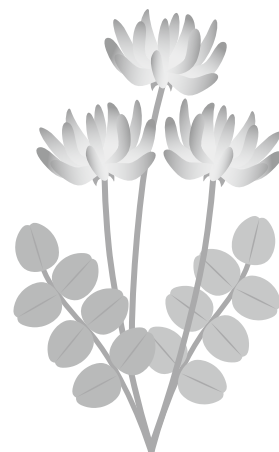
名 称	所 在 地	電 話 F A X	対 象	障害者	障害児 (~18歳)
木戸障害者相談支援センター	木戸 709	592-8022 592-8018	三障害に対応	○	○
相談支援事業所 ひびき	唐崎三丁目 1-15	578-5720 578-5740	知的障害	○	○
精神障害者地域生活支援センター オアシスの郷	桜野町一丁目 10-5	510-5725 510-5726	精神障害	○	×
(やまびこ総合支援センター内) 生活支援センター	馬場二丁目 13-50 大津市立やまびこ総合 支援センター 2 階	527-0494 527-0334	三障害に対応 (主に知的障害)	○	○
障害者生活支援センター いるか	におの浜四丁目 2-33 大津市立障害者福祉センター内	527-2355 527-2355	身体障害	○	×
障害者相談・生活支援センター やすらぎ	中庄一丁目 15-18 クレストビル 2F	526-7802 526-7803	精神障害	○	×
障がい児者相談センター みゅう	一里山四丁目 27-35	543-2567 543-7328	知的障害	○	○
地域生活サポートセンター じゅふ	一里山二丁目 2-8	548-3511 548-3515	三障害に対応	○	○

●利用計画の作成を中心に行っている指定特定相談支援事業所

名 称	所 在 地	電 話 F A X	対 象	障害者	障害児 (~18歳)
働き教育センター	南船路 40-1	592-1717 592-1718	知的障害 精神障害	○	×
ブリッジ	真野二丁目 27-1	575-7858 571-0868	知的障害 身体障害	○	○
(やまびこ総合支援センター内) 生活支援センター	馬場二丁目 13-50 大津市立やまびこ総合 支援センター 1 階	527-0467 527-0293	三障害に対応	×	○
ひなた	中庄二丁目 2-11	525-9520 525-3290	知的障害	○	○
いろは 彩葉ケアサポート	北大路二丁目 21-13	050-5578-9099 502-2131	三障害に対応	○	○
Quocare	晴嵐一丁目 3-21	535-5852 575-3553	知的障害	○	○
あかねぐも	一里山一丁目 15-3 ハウス良心 202	526-7381 526-7382	三障害に対応	○	○
相談支援センター すまいる・らふ	大萱四丁目 3-7	545-2525 545-2526	知的障害 身体障害	○	○

5) 関係相談機関

名 称	所 在 地	電 話 F A X	備 考
滋賀県難病相談・ 支援センター	京町四丁目 3-28	526-0171 526-0172	電話・面談等による各種相談・支援、ピアカウンセリング、地域交流会等の活動支援、就労相談・支援、講演・研修会の開催、難病に関する情報提供、日常生活用具展示等を行います。
滋賀県難病医療 連携協議会	瀬田月輪町 (滋賀医科大学医学部附属 病院内)	548-3674 548-2792	入院治療が必要となった方や、入転院を希望される方に対して、入転院施設の紹介を行います。



4. レスパイトの方法と相談窓口

レスパイト (respite) とは本来「一時休止」「休息」という意味で、医療ケアを必要とする患者の在宅療養では、介護者の介護負担を軽減するため、また介護不能なやむを得ない状況（例えば近親者の冠婚葬祭など）が起こった場合に、施設等で一時的にケアすることを言います。
以下のような様々な方法があります。

1) 日常生活におけるレスパイト

日常生活において介護者の負担を軽減し、休息していただく時間を作るためには、ケアプランを適切に作成することが必要です。

ケアプランの見直し等に関する相談は、下記の窓口で実施していますので、ご利用ください。

	名 称	所在地・連絡先
介護保険のケアプランに関する相談窓口	各あんしん長寿相談所	※(P.10)を参照ください
障害福祉のケアプランに関する相談窓口	大津市障害福祉課	※(P.10)を参照ください

ワンポイントアドバイス

- 日常における介護者の負担軽減のためのケアプランとして、例えば・・・
 <介護保険法> 療養通所介護・訪問介護+訪問看護の組み合わせ等。
 <障害者総合支援法> 居宅介護+医療保険による訪問看護の組み合わせ等。
- 通常、上記2つの法律に基づくサービスは併用出来ず、下記の身体障害者福祉サービス（※1）と介護保険サービスの両方が受けられる場合は、原則的に「介護保険」優先となります。
 ※1 ホームヘルプサービス、入浴サービス、デイサービス、ショートステイ
 住宅改修、福祉用具の貸与・購入（車椅子・杖・歩行器・ベッド・リフト等）
- 重度訪問介護については、利用できる要件があります。
 相談支援事業所、障害福祉課までお問い合わせください。

2) 施設利用によるレスパイト

①介護保険サービスの利用によるレスパイト

介護保険による短期入所（ショートステイ）の利用により、一時的に介護者に休息していただくことができます。患者の状態や医療ケアの内容によってはご利用が困難な施設もあります。介護支援専門員等に対して、下記の窓口が情報提供を行いますので、ご相談ください。

	名 称	所在地・連絡先
短期入所の利用に関する相談窓口	各あんしん長寿相談所	※(P.10)を参照ください
	大津市保健所保健予防課	※(P.9)を参照ください

②障害者総合支援法による介護給付サービスの利用によるレスパイト

身体障害者手帳をお持ちの「40歳未満の方」と、「40歳～64歳で介護保険の第2号被保険者に該当しない方」については、障害者総合支援法による短期入所（ショートステイ）の利用により、一時的に介護者に休息していただくことができます。

患者の状態や医療ケアの内容によってはご利用が困難な施設もあります。下記の窓口まで、ご相談ください。

	名 称	所在地・連絡先
短期入所の利用に関する相談窓口	各相談支援事業所	※(P.10～11)を参照ください

3) 医療機関におけるレスパイト

人工呼吸器装着等の重症患者では、胃ろう交換等の時期に合わせて医療機関に入院し、一時的に介護者に休息していただく場合があります。しかし、医療機関によってはその方針や時期により、受入れが困難な場合があります。また、医療機関における入院は、本来、治療や精査目的の患者が優先されますので、レスパイトを希望した時にすぐ入院することが難しい状況です。

レスパイト入院を希望される場合は、マネジメント担当者等が数か月前から早めに調整を開始し、レスパイト先の確保ができず広域での調整が必要となった場合は、下記の「滋賀県難病医療連絡協議会」へご相談ください。

①滋賀県難病医療連携協議会

難病医療コーディネーターが、入院治療が必要となった方や、相談を通じて入転院を希望される方に対して、入転院施設の紹介を行います。

【相談日】 月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）

【相談時間】 9時30分～15時30分

名 称	所 在 地	ご相談・お問い合わせ先
滋賀県難病医療連携協議会	大津市瀬田月輪町 (滋賀医科大学医学部附属病院内)	電話 548-3674 FAX 548-2792

②大津市内の重症難病医療拠点・協力病院「神経・筋疾患」の相談窓口

大津市内における重症難病医療拠点・協力病院「神経・筋疾患」で、レスパイト入院に関するお問い合わせ先は以下のとおりです。

●難病医療拠点病院

名 称 担 当 部 署	電 話 F A X	連携（相談）方法
滋賀医科大学医学部 附属病院 患者支援センター	548-2515 548-2792	1. 患者支援センターへ連絡してください。 2. 患者支援センター職員より該当診療科へコンサルトします。 3. 受け入れの可否を連絡します。
大津市民病院 地域医療連携室	526-8192 522-0192	まず、地域医療連携室相談員にご相談ください。
大津赤十字病院 医療社会事業課	522-4131(代) 522-4168	院内規約に則って検討させていただきます。 まずは、医療社会事業課のソーシャルワーカーにご相談ください。

●難病医療協力病院

名 称 担 当 部 署	電 話 F A X	連携（相談）方法
琵琶湖養育院病院 地域医療連携室	545-9191 545-9339	まずは、電話でお問い合わせください。かかりつけ医の紹介状と患者さんのADL等の分かるもの（ケアマネジメント担当者が作成したもので良い）をご提出いただき、その情報をもとに入院可能かどうかの検討をさせていただきます。
琵琶湖大橋病院 医療福祉相談課	573-4321（代） 573-8790	1. 医療福祉相談課へ電話にてレスパイト入院の希望を連絡。 2. 状況を確認し、医療福祉相談課から病院側へ相談をかけるため、現在のかかりつけ医からの診療情報提供書とADL情報を医療福祉相談課あてにFAXしてください。 3. その後、当院医師と相談後、入院判定会議で判定する方向になれば、ご家族様と面談します。（この時点で医師より受け入れ不可となる事もある。） 4. 面談後、入院判定会議で受け入れの可否を検討します。（会議の結果として受け入れ不可となる事もあります。） 5. 受け入れの場合でも、待機がある事をご了承ください。 →レスパイトは決まった病床が用意されている訳ではなく、空きベッドの利用となるため、レスパイトの日時に関して、ご家族様等のご希望通りに受けられるか約束できません。あくまで「この位の時期に、この位の期間で」という形でのご相談となることをご了解お願い致します。 また、地域の方が優先される場合や、病状や状況・当院の体制によりレスパイトの受入が困難となる場合もあります。 まずは医療福祉相談課までご相談下さい。
琵琶湖中央病院 地域連携部 医療福祉課	526-2144(直通) 526-2200	1. 医療福祉課へ電話連絡ください。 2. 現在のかかりつけ医の診断書・当院指定のADL表を送信してください。 3. 当院 入院判定会にて入院の可否を決定します。 4. 担当より依頼元に連絡します。 →空きベッド利用での受入れとなるので、ご家族からの日時指定に対応しかねる場合もあります。ベッド状況によりましてはお受入れが困難な場合もあります。
独立行政法人 地域医療機能推進機構 滋賀病院 地域医療連携室	537-3101（代） 534-8419	1. 地域医療連携室 相談員へご相談ください。 2. 必要な書類（かかりつけ医の診療情報提供書など）の送付をお願いします。 3. 相談員より内科・神経内科医へ相談します。 4. 相談員より相談いただいた方へ受入可否のご連絡を致します。 まずは、地域医療連携室相談員へお問い合わせ・ご相談ください。

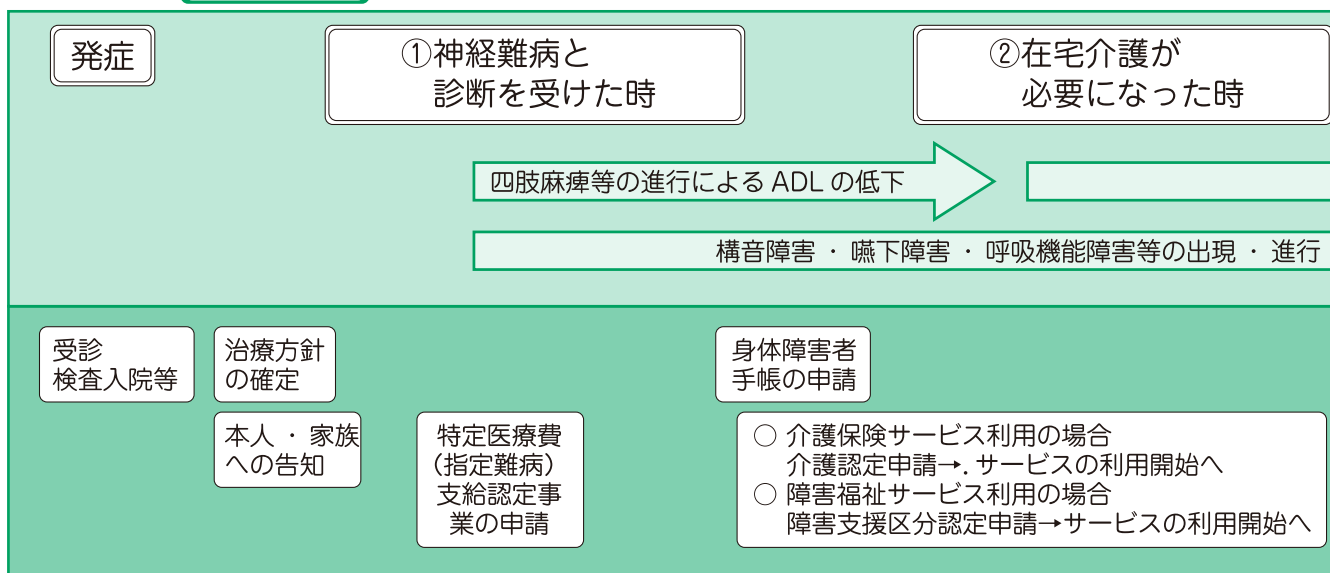
＜第2部＞療養の時期に応じた支援のポイント

1. 確定診断～医療ケアが必要となる時期の支援

ALS等の神経難病患者の在宅療養がイメージでき、各節目に支援すべきことが共有できるようにスケジュールを示します。

これを基準にそれぞれの実情に応じて、関係者が連携し支援を進めていきます。

確定診断



本人・家族の目標

- ・疾患について理解ができる
- ・治療方針について理解ができる。
- ・疾患や治療方針等について分からないことを専門医に質問・相談できる。
- ・医療費の軽減の方法が分かる。
- ・今後の在宅療養についての相談先が分かる。
- ・在宅療養について相談しながら、どのような療養がしたいか考えることができる。

- ・在宅介護の実情をケアマネジメント担当者に伝えることができる。
- ・介護保険サービス（または障害福祉サービス）利用のための申請ができる。
- ・サービスの利用により、主たる介護者の負担が軽減できる。
- ・住宅改修や介護機器の導入等により、安全・安楽に過ごすことができる。また、患者が望む生活や介護方法を実現できる。

ケアのポイント

- ・疾患、治療方針の説明。
- ・患者家族のメンタルケアとスピリチュアルケア。（各時期ともに継続）
- ・特定医療費（指定難病）支給認定事業の申請を通じて、在宅療養についての相談窓口や支援体制を紹介する。
- ・相談にあたる際は、専門医が本人や家族に疾患についてどのように説明されているかを確認する等、対応方法の統一が重要である。
- ・在宅療養についての相談に応じ、今後の介護について検討できるよう情報提供を行う。

- ・在宅介護体制の確立。
- ・ケアマネジメント担当者は、在宅支援チームを作る際、早い段階から地域の医療スタッフ（主治医および訪問看護師）が参画できるよう患者・家族にその必要性を説明していく。
- ・患者・家族のニーズや病状に合ったケアプランとなるよう、必要時は関係者を交えた担当者会議等で検討を行う。
- ・今後、病状の進行に伴い起こりうる課題について、専門医等より情報を得、在宅支援チーム内で共有する。
- ・患者のQOLを高める視点をもって援助する。

支援者・支援機関

専門医・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
保健所難病担当・すこやか相談所保健師
各患者会（相談担当者・ピアカウンセラー）

（利用されるサービス内容に応じて）
専門医・在宅医・訪問看護師・ホームヘルパー
ケアマネジメント担当者・福祉用具事業者等
保健所難病担当・すこやか相談所保健師

【介護保険対象者の場合】
あんしん長寿相談所主任ケアマネジャー
【障害福祉サービス対象者の場合】
相談支援事業所相談支援専門員
市障害福祉課ケースワーカー

入院

胃ろう造設
非侵襲的人工呼吸器の装着等

③病状の進行に伴い、ケアプラン
の変更が必要になった時

④医療ケアが必要となった時
(吸引・注入等)

四肢麻痺等の進行により、徐々に介助量が増大する。

- 介護保険サービス利用の場合：認定区分の変更
- 身体障害者手帳の等級変更
- 障害福祉サービス利用の場合：障害支援区分の変更
- 特定疾患治療研究事業：重症申請

- ・ 病状の進行による生活のしづらさ等、実情をケアマネジメント担当者に伝えることができる。
- ・ ケアマネジメント担当者等と相談し、介護方法等の変更（工夫）やサービスの検討を行う。
- ・ 区分や等級変更の相談・申請ができる。

<入院中>

- ・ 医療ケア（痰の吸引、経管栄養等）の必要性を理解できる。
- ・ 日常ケア、医療ケア技術が習得できる。
- ・ 医療機器や衛生材料の使用方法および入手方法が理解できる。
- ・ ケアマネジメント担当者に、在宅療養に向けての相談ができる。
- ・ 社会資源利用（吸引器等）の為の相談・申請ができる。

<退院後・在宅にて>

- ・ 家族が獲得したケア技術を安全に実施できる。
- ・ 医療ケアについて訪問看護師等に相談できる。
- ・ 緊急時の連絡体制が確立している。

- ・ 日頃のモニタリング等により、早めに状態を把握し、区分や等級変更をかけるようにする。
- ・ 病状に見合った介護方法やサービス量が提供できるよう、医療関係者を交えたサービス担当者会議を行う。
- ・ 今後、病状の進行に伴い起こりうる課題について、専門医等より情報を得、在宅支援チーム内で共有する。
- ・ 環境整備や介助方法の変更時は、理学療法士等の専門職より助言を得ることが望ましい。
- ・ 将来に備えてコミュニケーションについての支援についても言語聴覚士等と協議しておく。
- ・ 病状の進行に伴い、ケア方法が変更となるため、十分な説明や配慮が求められる。

<入院中>

- ・ 医療ケアについて、吸引器等医療機器の取扱いや管理について指導する。
- ・ 入院中から病棟スタッフが在宅療養に合った衛生材料の使用法を実践し、供給体制について情報提供する。
- ・ 身体障害者手帳の等級変更や社会資源の利用について情報提供する。
- ・ 在宅療養環境について家族から情報収集しながら助言し、必要物品の準備を進めていく。

<退院前>

- ・ 臨床・在宅支援スタッフ合同会議の実施。（必要に応じて）
- ・ 緊急時の医療体制を確保し、連絡方法を共有する。
- ・ 在宅療養のための支援計画を関係者で協議する。
- ・ 一貫した医療・看護等が提供できるよう臨床と在宅支援スタッフが連携し、医療機器、必要物品、衛生材料、介護機器等の整備や供給体制を確認する。

<退院後>

- ・ 適切に医療ケアが行われているか確認し、必要時指導する。

専門医・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
管理栄養士・在宅医・訪問看護師・ホームヘルパー
訪問リハビリ担当者・訪問入浴担当者
福祉用具事業者
ケアマネジメント担当者
保健所難病担当・すこやか相談所保健師

【介護保険対象者の場合】

あんしん長寿相談所主任ケアマネジャー

【障害福祉サービス対象者の場合】

相談支援事業所相談支援専門員
市障害福祉課ケースワーカー

専門医・病棟看護師・臨床工学技士
地域医療連携部門担当者・理学療法士
作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士
在宅医・訪問看護師・訪問リハビリ担当者
ケアマネジメント担当者
保健所難病担当・すこやか相談所保健師

【介護保険対象者の場合】

あんしん長寿相談所主任ケアマネジャー

【障害福祉サービス対象者の場合】

相談支援事業所相談支援専門員
市障害福祉課ケースワーカー

2. 気管切開・人工呼吸器装着後～在宅療養までの支援

在宅療養のために準備すべきことを共有するために、ここでは気管切開・人工呼吸器を装着しての退院を想定して、スケジュールを示します。

これを基準にそれぞれの実情に応じて、ご家族と関係者がスケジュールを共有していることが大切です。

入院

治療方針の確定

気管切開
人工呼吸器
装着

病態の安定
医療ケアの実施

在宅療養の
意志決定

家族への日常ケア・医療ケア技術指導→習得

病院・在宅支援

在宅療養の
導入期

準備期前期

準備期後期

本人・家族の目標

- ・治療方針を理解できる。
- ・気管切開の必要性を理解できる。

- ・在宅療養へ移行する意思決定ができる。
- ・院内の在宅療養のコーディネーターがわかり、相談できる。
- ・家族介護の実情を支援者に伝えられる。

- ・日常ケア、医療ケア技術が習得できる。
- ・医療機器や衛生材料の使用法および入手方法が理解できる。
- ・助言を受けて在宅療養環境を整えられる。
- ・地域のケアマネジメント担当者を確認→決定し、在宅療養に向けての相談ができる。
- ・社会資源利用のための相談および申請ができる。

ケアのポイント

- ・治療方針の説明。
- ・患者家族のメンタルケアとスピリチュアルケア。(各時期ともに継続)

- ・在宅療養の意思決定を支援する。
- ・退院調整のための院内コーディネーターを決定する。
- ・連携が必要な地域の機関を査定する。
- ・家族関係や介護力を把握しアセスメントする。
- ・在宅での日常生活について把握し、家族への指導計画を立てる。

- ・日常ケア、医療ケアを指導する。
- ・医療機器の取扱いや管理について指導する。
- ・入院中から病棟スタッフが在宅療養に合った衛生材料の使用法を実践する。
- ・家族の誰がどのような指導を受けて、習得しているかを確認する。(チェックリストの利用)
- ・医療機器や衛生材料の供給体制について情報提供する。
- ・身体障害者手帳の申請・等級変更について(呼吸器機能障害・音声言語機能障害)早めに情報提供する。
- ・在宅療養環境について情報収集を行い、必要物品の準備を進めていく。

会議

院内担当者会議

- チェックすべき項目 A および B

院内退院準備会議

- チェックすべき項目 A および B

病院・在宅支援スタッフ合同会議

- チェックすべき項目 C・F・G

支援者・支援機関

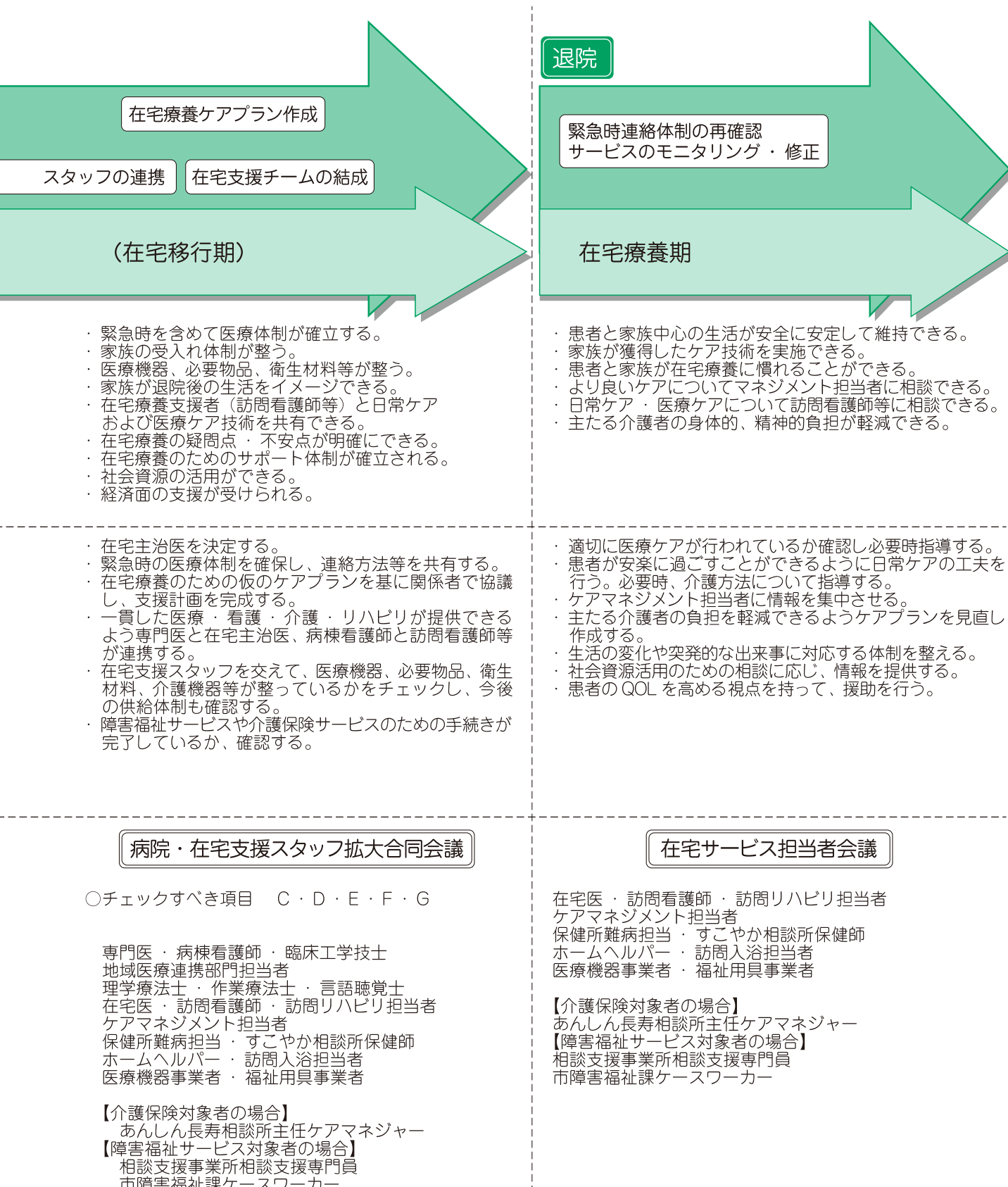
専門医
病棟看護師
臨床工学技士
理学療法士
作業療法士
言語聴覚士
管理栄養士

専門医
病棟看護師
臨床工学技士
理学療法士
作業療法士
言語聴覚士
地域医療連携部門担当者
管理栄養士

専門医・病棟看護師
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
地域医療連携部門担当者
医療機器事業者
ケアマネジメント担当者
保健所難病担当・すこやか相談所保健師

【介護保険対象者の場合】
あんしん長寿相談所主任ケアマネジャー
【障害福祉サービス対象者の場合】
相談支援事業所相談支援専門員
市障害福祉課ケースワーカー

※ 各会議については、「安心して在宅療養を始めるためのチェックリスト」をご活用ください(詳細はP.19～21、27～28参照)



<第3部> 退院調整に必要な情報

1. 安心して在宅療養を始めるためのチェックリスト

ここでは、気管切開し人工呼吸器を装着された患者が、安心して在宅療養を開始するために、必要な項目についてまとめました。入院中から地域の支援者と専門医療機関のスタッフが連携し、以下のチェックリストを参考に準備を始めてください。

※印については自宅療養の必須項目である。

項 目	チェックする内容	チェック	日	備 考	留意点
A. 患者の病状が医学的に安定し、在宅療養に耐えうる状態である	1. 患者の病状 ※①人工呼吸器装着後、専門医が患者の病状が安定したと判断している。 ②呼吸器や尿路感染等の合併症が無い。 ※③専門医が、患者の状態が医学的に在宅療養に耐えうる状態であると判断している。 ※④専門医が、総合的に見て在宅療養が可能と判断している。	はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ			A 入院中に行われる院内関係者・地域支援者合同会議（以下、合同ケア会議）において、医療機関の専門医より確認する。 1-③ 専門医が総合的に判断できるよう、在宅療養のケアプラン案等を、合同ケア会議で提示。
B. 患者・家族が病気を理解し、在宅療養を受容している。	1. 患者の受容状況 ①患者が病名や予後について説明を受け十分に理解している。 ※②患者が在宅療養を希望している。 ③在宅でやりたいことや実現させたいこと [] 2. 家族の受容状況 ※①家族が病名や予後について説明を受け十分に理解している。 ※②家族が在宅療養を希望している。 ③家族が在宅療養での役割を認識している。 ④在宅でやりたいことや実現させたいこと []	はい・いいえ はい・いいえ あり・なし はい・いいえ はい・いいえ あり・なし			B 病名の告知後、本人や家族がある程度心理的に安定した状態でチェックする。在宅療養開始後、受容状況の変化が予測されるので、その都度確認する。 1-①・ 2-① 告知や在宅療養に対する説明がどのようにされ、誰が意志決定したか備考欄に記入する。 1-② 本人がどのくらい家に帰りたいのか、本人の気持ちを分析する。 1-③ 生きる目的を持って在宅療養を希望しているか、本人の気持ちを分析し、試験外泊等で確認する。 2-②③ 在宅療養は本人家族の心身の負担が大きいことを理解し、退院後の生活が具体的に考えられているかに留意してチェックする。
C. 在宅で介護できる環境・体制が整っている。	1. 介護者の状況 ※①主たる介護者がいる。（誰か） ②介護者をサポートする人がいる。（誰か） ③患者と介護者との信頼関係がある。 2. 家庭環境 1) 家族の状況 ①家族の健康状態が良い。 ②患者に対する思いやりがあり、家族内の人間関係が良い。 ※③医療者に対する家族の信頼がある。 ④医療スタッフへの協力体制がある。	あり・なし あり・なし あり・なし はい・いいえ はい・いいえ あり・なし あり・なし			C 1-①・ 1-② 長期にわたる24時間介護には主たる介護者とサポートする要員が必要。家族の中のキーパーソンは誰か確認。 2-1) ① 健康状態は介護に耐えうるぐらいに良いこと。 定期的に健康チェックを行い、持病がある場合は受診できる体制を整える。

項 目	チェックする内容	チェック	日	備 考・留意点
D. 切れ目のない 支援体制が構 築されている。 (続き)	4. 連絡体制の整備 ※①往診 ※②カニューレ交換 ※③薬剤・衛生材料・経管栄養剤等 の供給 ※④関係機関の調整・相談窓口 ⑤入院時の搬送方法 ⑥退院時の搬送方法 ⑦その他療養者・家族会等の相談 窓口 ⑧在宅での関係者の連絡体制表の 掲示 ⑨在宅での関係者間の連絡ノート の準備	あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし		連 絡 先・窓 口 病院名 () 連絡先 () 病院名 () 連絡先 () 機関名 () 連絡先 () 機関名 () 連絡先 () 方 法 () 担当者 () 方 法 () 担当者 () 関係者 () 連絡先 () 連絡体制表の作成 誰が () どこに掲示 ()
E. 緊急時の連絡 体制が整って いる。	※1. 緊急時の対応措置の整備 ①病状の急変時(意識不明・血圧 変化等)の連絡先はあるか。 ②病状の不安や身体に関する相談 先はあるか。 ③呼吸器のトラブルが起こった時の 連絡先はあるか。 ④停電など電気に関する相談先は あるか。 ⑤緊急時の通報の練習はできてい るか ⑥補助電源の使用はすぐできるか。 補助電源に関する相談先はあるか。 ⑦災害時対応ノートの記載ができて いるか。 問合せ先: 大津市保健所保健予防課 (P.9)	あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし はい・いいえ はい・いいえ あり・なし はい・いいえ		日 中 () 夜 間 () 日 中 () 夜 間 () 機関名 () 連絡先 () 機関名 () 連絡先 () 機関名 () 連絡先 () 機関名 () 連絡先 ()
F. 家族が看護・ 介護方法を習 得している。	※1. 家族の看護・介護技術の習得 ①家族が看護・介護技術の指導を うけたか。 誰か ②看護・介護技術が習得できたか。	はい・いいえ はい・いいえ		F1-① ・入院中に実施される、看護・介護技術につ いての指導内容については、(P.22～24)を 参照の上、誰が何を習得したのか詳細を確認 すること。 ・蘇生バッグ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。
G. 在宅療養に必 要な器具・器 材類が準備で きている。	※1. 在宅療養に必要な器具・器材類 の準備 ①在宅療養に必要な器具・器材類 が全て準備できたか。	はい・いいえ		G1-① ・在宅療養に必要な器具・器材等については (P.25～26)を参照の上、準備できているか 詳細を確認すること。 ・医療機関によって準備物品の内容が異なる ため、医療機関の看護師と訪問看護の看護師 等が連携し、確認し合うこと。 ・気管カニューレと吸引カテーテルは必ず予備 があること。

参考文献：人工呼吸器装着中の在宅ALS患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル／編集 日本看護協会／2004.3発行

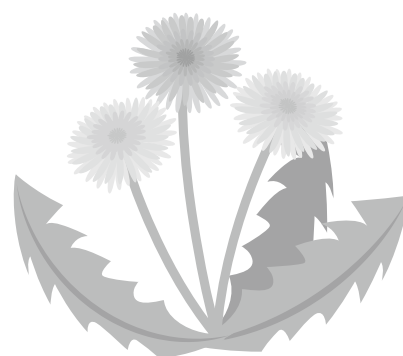
2. 退院までに習得すべき知識と技術

人工呼吸器を装着した患者が在宅療養を行うためには、家族がさまざまな看護・介護技術を習得し、退院に備えます。入院中に行われる、家族への主な指導内容について以下のようなチェック表を用いて行われます。退院調整時に、ご活用ください。

退 院 指 導 内 容									
項 目	指 導 内 容	指導 必要 項目	指 導 状 況				指 導 終了日	サイン	指導を 受けた 家族
			説 明	見 学	見 守 り	実 施			
①解剖生理学	☐ 呼吸器の機能（ガス交換）								
	☐ 口腔・咽頭・気管の構造								
	☐ 気管切開・気管カニューレ								
	☐ 人工呼吸器療法による合併症								
②人工呼吸器の管理	☐ 基礎知識・人工呼吸器とは？								
	☐ 人工呼吸器の操作方法								
	☐ 人工呼吸器療法による合併症								
	☐ 設定の確認（モニターの見方）								
	☐ 正常動作の確認								
	☐ アラーム対応								
	☐ 呼吸の観察（胸郭の動き・呼吸音）								
	☐ 日常管理（点検・洗浄・消毒）								
	☐ 回路交換								
	☐ 口腔ケアの知識と実技								
	☐ 外部バッテリーの接続								
	☐ その他注意事項								
③蘇生バッグによる呼吸法（急変時の対応）	☐ 呼吸停止時の状態								
	☐ 気道確保の方法								
	☐ 蘇生バッグの持ち方・あて方								
	☐ 蘇生バッグの加圧								
	☐ 呼吸確認の方法								
	☐ 蘇生バッグの点検・管理								
④吸引	☐ 基礎知識（鼻と気切口の違い等）								
	☐ 吸引が必要な時								
	☐ 準備物品								
	☐ 吸引器の取扱い（電源スイッチ・吸引圧調整・吸引チューブの接続・吸引瓶の洗浄・故障対応）								
	☐ 吸引方法（口腔内）								
	☐ 吸引方法（気管内）								
	☐ 吸引方法（サイド）								
	☐ トラブル時の対処方法								

項 目	指 導 内 容	指導 必要 項目	指 導 状 況				指 導 終了日	サイン	指導を受けた 家族
			説明	見 学	見守り	実 施			
⑤気管切開創のケア	☐ 気管切開創の観察ポイント								
	☐ 気管切開創のガーゼ交換								
	☐ カフ圧の確認・調整方法								
	☐ 気管カニューレ内筒の洗浄								
	☐ 気管カニューレ固定紐の交換								
	☐ 気管カニューレの交換（見学）								
⑥呼吸訓練と排痰の手技	☐ 体位ドレナージ								
	☐ スクイーミング								
	☐ 呼吸訓練								
⑦食事（経管栄養）	☐ 1日の食事と水分の摂取量								
	☐ 食事の形態								
	☐ 食事の際の患者の体位								
	☐ 食事介助方法（姿勢・一口量）								
	<経管栄養の場合>								
	☐ 基礎知識（胃ろうの構造・種類）								
	☐ 経管栄養に必要な物品								
	☐ 経管栄養食の作り方（準備）								
	☐ 注入の方法（温度・速度）								
	☐ 注入の方法（水分・内服薬）								
	☐ 物品の洗浄								
	☐ 嘔吐・下痢・便秘時の対応								
	☐ 皮膚トラブルへの対応								
	☐ カテーテルトラブルへの対応								
	☐ 日常生活の方法（清潔・観察）								
⑧排泄（尿道カテーテルの管理）	☐ 水分摂取量と尿量チェック								
	☐ 排便の誘導方法								
	<尿道カテーテル挿入の場合>								
	☐ 基礎知識（尿道カテーテルとは）								
	☐ 尿道カテーテル挿入中の管理								
	☐ 観察事項（尿や固定の方法等）								
⑨保清	☐ 日常生活の注意点								
	☐ 口腔ケアの知識と実技								
	☐ 全身清拭の知識と実技								
	☐ 陰部洗浄の知識と実技								
	☐ 入浴介助の知識と実技								
	☐ 衣類の着脱の知識と実技								

項 目	指 導 内 容	指導 必要 項目	指 導 状 況				指 導 終了日	サイン	指導を 受けた 家族
			説 明	見 学	見守り	実 施			
⑩基本的な日常介護	☐ 体位変換の知識と実技								
	☐ 移乗介助の知識と実技								
	☐ 褥創予防の知識と実技								
	☐ 拘縮予防の知識と実技								
	☐ 療養日誌の記録方法								
⑪その他療養に必要な事項	☐ コミュニケーション方法								
	☐ 療養に必要な介護機器								
	☐								
	☐								
	☐								
	☐								
	☐								



3. 退院調整に役立つ情報

1) 医療処置に伴う器具・器材および衛生材料・消耗品一覧

人工呼吸器を装着し、胃ろうケア等の必要な患者が在宅療養を行うために必要な物品（主なもの）は以下のとおりです。患者やケアの内容によって必要物品が異なりますので、必要かどうかをチェックした上で準備を始めます。消耗品は1か月に必要な数量を記入します。供給先は退院前の会議等で明らかにしておきましょう。

	物品（品目や規格）	必要	数量	供給先	適 応	備考・留意点
人工呼吸器関連	☐ 人工呼吸器				医療保険	
	☐ 加温加湿器				医療保険	
	☐ 回路（蛇腹・フィルター・チューブ・アダプター）				医療保険	
	☐ 人工鼻				医療保険	加湿器未使用時
	☐ 吸引器				障害者総合支援法	
	☐ パルスオキシメーター					
	☐ アンピューバッグ（蘇生バッグ）				医療保険	
	☐ 酸素ボンベ				医療保険	
	☐ 予備バッテリー・専用充電器				医療保険	
気管切開・吸引関連	☐ 気管カニューレ				※1	
	☐ カフ用注射器（10CC）				※1	
	☐ カニューレバンド				自己負担	
	☐ Y ガーゼ				※1	
	☐ 吸引用カテーテル（気管用）				※1	
	☐ 摂子および摂子立て		1～2		自己負担	空き瓶で代用可
	☐ 消毒用エタノール、イソジン消毒液				※1	
	☐ 綿球またはカット綿				自己負担	
	☐ 消毒綿用の蓋付き瓶				自己負担	
	☐ カテーテルに通す水道水用の瓶		1		自己負担	空き瓶で代用可
	☐ 吸引カテーテル用の蓋付き瓶		2		自己負担	空き瓶で代用可
	☐ 紙絆創膏		2		自己負担	
	☐ キシロカインゼリー				医療保険	
	☐ ゴム手袋				自己負担	
胃ろう・経管栄養関連	☐ 注入用ボトル				医療保険	
	☐ 胃ろうカテーテル				医療保険	
	☐ 胃ろうチューブ				医療保険	
	☐ カテーテルチップシリンジ				※1	
	☐ 経管栄養用カテーテル（経鼻）				医療保険	
	☐ 聴診器				自己負担	
	☐ 栄養剤				医療保険	
	☐ 点滴スタンド				自己負担	
	☐ 紙絆創膏				自己負担	
他	☐ バルンカテーテル				医療保険	
	☐ ハルンバック				自己負担	
	☐ カフアシスト				※1	

※1 医療保険適応となるか要相談

2) 介護に関する退院準備一覧

①福祉制度等の利用

各種制度	準備状況	窓 口	備考・留意点
☐ 介護保険（申請・等級変更等）		各あんしん長寿相談所 又は担当介護支援専門員	※制度については、(P.31) を参照ください。
☐ 身体障害者手帳（申請・等級変更等）		市障害福祉課	
☐ 特別障害者手当		市障害福祉課	
☐ 障害基礎年金		市保険年金課	
☐ 障害厚生年金		大津年金事務所	
☐ 医療保険（高額療養費の申請）		加入医療保険者	※制度については、(P.36) を参照ください。
☐ 特定医療費（指定難病）		保健所保健予防課 又は各すこやか相談所	※事業については、(P.36) を参照ください。
☐ 滋賀県在宅人工呼吸器使用特定疾患患者 訪問看護治療研究事業		保健所保健予防課	※事業については、(P.38) を参照ください。
☐ 住宅改修		市介護保険課 又は市障害福祉課	

②介護用の準備物

各種物品	制度利用・準備方法	窓口（担当者）	備考・留意点
☐ 電動ベッド			
☐ 特殊マット（エアマット）			
☐ リクライニング車椅子			
☐ 移乗用リフト			
☐ コール用スイッチおよび呼び出しベル			
☐ 人工呼吸器・加湿器の設置台			
☐ 吸引器等の設置台			
☐ 衛生材料用の設置場所（整理棚等）			
☐ 点滴スタンド			
☐ 意思伝達装置等コミュニケーション支援機器			
☐			

③退院後の医療・看護・介護サービス

	事業所・担当者	支援内容	連絡先
☐ 専門医			
☐ 在宅医（訪問診療）			
☐ 訪問看護（メイン）			
☐ 訪問看護（サブ）			
☐ 訪問介護			
☐ 訪問介護			
☐ 訪問入浴			
☐ 訪問リハビリ			
☐ マネジメント担当者			
☐			

4. 退院までの会議における検討事項

気管切開・人工呼吸器装着後、退院までの間に必要と思われる会議とその検討事項をまとめました。会場や方法、参加者等については一例ですので、それぞれの実情に応じて開催してください。

開催時期	会議	目 的	会場・方法(例)	主 な 内 容
気管切開・人工呼吸器装着後～在宅療養の導入期までに	院内担当者会議	治療方針・病状・患者や家族の療養に対する意向等について院内関係者で共有し、院内において、在宅療養への移行をどのように進めるかを検討する。	【会 場】 病院内 【方 法】 病棟等に担当者が集まり開催する。	①治療方針・病状・予測される合併症（課題）について共有する。 ②在宅療養の意思決定のための院内のサポート体制と役割分担の確認。（家族の相談担当・精神的フォロー担当等） ③院内における、退院に向けた支援の進め方・スケジュール等を確認する。
在宅療養の導入期	院内退院準備会議	患者・家族の在宅療養についての意思決定後、院内関係者で、退院に向けて日常ケア・医療ケアの指導内容等、具体的な支援方法を検討する。	【会 場】 病院内 【方 法】 院内における退院調整役等が召集し開催する。	①その後の治療状況・病状等について共有する。 ②退院調整のための院内コーディネーターを決定する。 ③家族関係や介護力をアセスメントし、退院に向けた支援をどのように行うのが具体的に検討する。（医療ケア等の指導内容・スケジュール・役割分担等） ④連携が必要な地域の機関を調整する。
在宅療養の準備期前期	病院・在宅支援スタッフ合同会議	在宅療養に向けて院内関係者と、在宅支援スタッフ（ケアマネジメント担当者を中心とした主なメンバー）が情報交換や協議を行い、具体的に退院準備をすすめると共に在宅支援体制の基礎を構築する。	【会 場】 病院内 【方 法】 院内における退院調整役等が、院内および地域のスタッフを召集し開催する。	①病院からの情報提供（疾患・病状・治療状況・予測される合併症（課題）・患者や家族の在宅療養への意向・医療ケア等の習得状況等） ②退院に向けた支援の進め方・スケジュール等を共有する。 ③院内関係者と地域の支援者で、安心して在宅療養を始めるための条件（P.19～参照）についてそれぞれの項目をチェックし、準備ができていない項目については、相談・指導にあたる者の役割分担等を決定する。 ④早期に手続きや準備が必要な社会資源について確認する。 ⑤在宅療養環境について確認し、必要な準備をすすめる。
在宅療養の準備期後期（在宅移行期）	病院・在宅支援スタッフ拡大合同会議	退院に向けて院内関係者と地域の在宅支援スタッフが、患者の状態や家族の意向を踏まえ、在宅療養目標やそれに向けたサービス、各機関の役割等について最終確認する。	【会 場】 病院内 【方 法】 院内における退院調整役・ケアマネジメント担当者等が、院内および地域のスタッフを召集し開催する。	①病院からの情報提供（疾患・病状・治療状況・予測される合併症（課題）・ADL・日常ケアの内容・患者や家族の意向・医療ケア等の習得状況等） ②在宅療養目標を共有する。 ③仮のケア計画を基に、具体的に支援内容や役割分担を検討し、支援計画を完成させる。 ④医療機器、必要物品、衛生材料、介護機器、在宅療養環境等が整っているかをチェックし、今後の供給体制を確認する。 ⑤緊急時の医療体制の確保と連絡方法について共有する。 ⑥福祉・介護のサービス利用のための手続きが完了しているか確認する。

※以下については、在宅療養を支援するスタッフの実情に応じて、必要時開催が望ましい会議や学習会を掲載しています。

開催時期	会議	目 的	会場・方法(例)	主 な 内 容
在宅療養の準備期後期 (在宅移行期)	看護連携会議	退院後、家族が医療ケア・日常ケアを安心・安全に実施できるよう、また一貫した看護が提供できるよう、病棟看護師と訪問看護師によるケアの引継ぎ等を実施する。	【会 場】 病院内 (病 棟) 【方 法】 臨床・在宅支援スタッフ拡大合同会議の後に引き続き開催する。	①家族への日常ケア・医療ケアの指導内容やケア技術の習得状況について病棟看護師より情報提供。 ②吸引等の医療ケアの具体的な手技や物品等について、詳細について引継ぎを行う。 ③衛生用品の購入や器具の消毒方法等について意見交換を行う。 ④その他必要な事項について検討する。
在宅療養の準備期後期 (在宅移行期)	人工呼吸器学習会	患者が使用している人工呼吸器について学習する機会を作り、人工呼吸器についての情報共有ができるようにする。	【会 場】 在宅の支援スタッフが集まりやすい場所 【方 法】 使用する人工呼吸器を扱う会社に依頼し、機器を持参してもらい説明を受ける。	【指導を受ける内容】 ①人工呼吸器の機種、作動原理、回路の接続方法、使用済みの回路の処理方法、加温加湿器の原理、温度の調節、加湿器の水の補給等 ②アラームについて、それぞれの意味と対処方法。 ③日常的な人工呼吸器のチェックについて ④人工呼吸器の管理方法 ⑤回路・フィルター等の物品の供給体制、メンテナンス等の人工呼吸器を扱う業者の役割について
在宅療養の準備期後期 (在宅移行期)	意思伝達装置学習会	患者が使用している(使用予定の)意思伝達装置について学習する機会を作り、意思伝達装置について家族・関係者等が学習する。	【会 場】 病院内 (病 棟) 【方 法】 使用する意思伝達装置を取扱う業者等に依頼し、意思伝達装置を持参してもらい説明を受ける。	【指導を受ける内容】 ①意思伝達装置の使用方法 ②入力スイッチの接続方法や入力スイッチの固定方法 ※実際に患者が意思伝達装置を操作できる環境をつくり、関係者で入力しやすい姿勢や、意思伝達装置の配置等についても検討できると良い。

