

|| ワークショップQ&A

今年度より本研修会に、「ワークショップ形式」を取り入れることとなりました。日本医師会会員の年齢層は幅広く、いわゆる参加型の学習に馴染の薄い世代の医師も少なくないと思われます。忙しい日常診療の合間の知識習得においては、書籍やAV教材などによる受動的学習に頼りがちで、グループディスカッションなどの能動的学習に参加する機会は乏しいのではないのでしょうか。

そこで、ワークショップによるグループワークを進めてゆく上での基本的事項に関して、Q&Aを編集いたしました。地域での活動にご活用いただければ幸いです。

Q-1 | ワークショップ (workshop) とはなんですか?

①仕事場、作業場 ②参加者が専門家の助言を得ながら問題解決のために行う研修会 ③参加者が自主的活動で行う講習会 (出典：デジタル大辞泉)、と記載されています。このように、研修会や講習会でもあることがお分かりいただけると思います。

おそらく、ワークショップと聞くと、一般的なイメージは工房でしょう。そこでは、部品を組み立てながら製品を完成させますが、さまざまな意見を聴取し、整理して、何らかの結論を導き、そして提案する過程は、モノを産みだし、消費者の手に渡す作業と重ね合わせると分かりやすいかもしれません。

Q-2 | ワークショップの意義は?

課題について議論し、その結果を整理し、問題解決への提案を成果とします。他者との一連の共同作業を通して、異なる考え方や立場の違いを知ることができます。さらに、同じ目標を共有して協力することにより、ある種の達成感を得ることができるはずです。

また、仲間意識が芽生え、「連携」への一助となるでしょう。実際に膝を交え、意見を聞き、人柄を知ること、信頼関係も生まれます。複数の視点から導き出された成果は、それだけ重みのあるものとなります。

Q-3 | ワークショップの進め方は?

参加者が共有できるテーマを設定して、参加者全員が発言の機会を持てるように6～7人のグループに分かれます。各グループでは「ファシリテーター(後述)」が進行を行います。ワークショップ冒頭で「記録を取る人」、「発言を整理する人」、「結果を発表する人」など、役割を明確にします。

一定の時間内に発言内容を整理して、最後にグループごとに発表して頂きます。具体的な提言につながる結論が導かれれば理想ですが、仮に結論に至らなくとも、課題を整理するだけでも大きな成果といえます。

Q-4 | ファシリテーター (facilitator) の役割は?

ファシリテーション(facilitation)とは話し合いなどの集団で行う活動がスムーズに進行し、成果が上がるように支援することです。ワークショップの場面では、適切な質問を投げかけ、意見を引き出し、話し合いの方向性がずれないように修正したり、合意に向けて論点の整理を担当したりするのがファシリテーターです。

Q-5 | ワークショップは実際にはどのように行うのでしょうか?

- ①オープニング(話し合いをしやすい雰囲気づくりが重要)
- ②テーマを投げかけて、意見を引き出す (その際には開かれた質問が重要)
- ③出された意見を絞り込み、KJ法^{※(後述)}などを用いて整理する
- ④結論を提言としてまとめるために助言する

Q-6 | KJ法とは?

KJ法は、文化人類学者の川喜田二郎氏(東京工業大学名誉教授)がデータをまとめるために考案した手法で、考案者のイニシャルにちなんでKJ法と呼ばれます。

データや情報をメモ用紙(ポストイット[®])やカードに記載し、これらの用紙やカードを、内容によって分類(グルーピング)し、図解しながらまとめていきます。

最近では、KJ法という名称が一般化し、企業研修や学校教育、各種のワークショップなどで広く用いられるようになりました。ブレインストーミング^{※(後述)}により、さまざまな断片的なデータを統合し、創造的に問題解決の糸口を探っていきます。

Q-7 | ブレインストーミング (brainstorm) とは?

集団でアイデアを出し合って、相互交錯の連鎖反応や発想の誘発を期待する技法といわれています。今回は好ましいとされる6～7人のグループで行い、先入観を与えないように、その場で資料を配布して行います。

Q-8 | ブレインストーミングのコツは?

その1 判断したり、結論を出したりしない

その2 批判的な意見は慎む

仮に否定的な意見を述べる場合には、肯定の可能性を広げるような発言を歓迎する。

例、「在宅で24時間の管理はできませんよ。晩酌もできないじゃないですか?」と否定する意見よりも、「晩酌していても、24時間管理できる方法はないのでしょうか?」という発展的な意見が期待されます。

その3 粗野な考えも歓迎する

なぜなら、既成概念を打ち破るアイデアが出てくる可能性があるからです。奇抜な考え方やユニークで斬新なアイデアは、最初は一笑に付されることがありますが、後に大きな発見や発展につながることもあります。

その4 他者の意見に便乗することを妨げない

他者からの、さまざまなアイデアを結合して、別のアイデアを創造したり、一部を改変したりすることで、新たなアイデアを生み出していくことができます。

Q-9 | KJ法は実際にどのように行うのでしょうか?

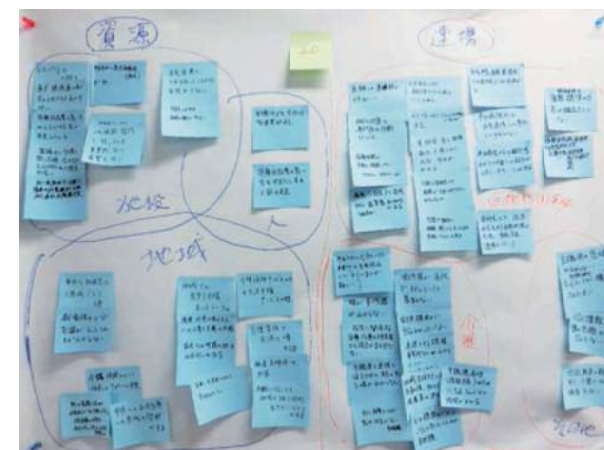
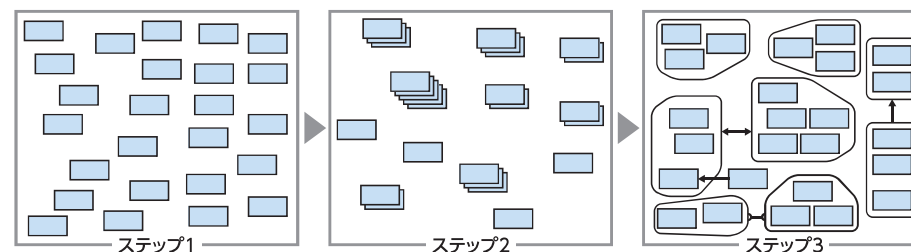
i) カード (ポストイット®) の記載

ワークショップに参加した全員が、同時進行で、1つのデータを1枚のカードに要約して記述します。1枚のカードに複数のデータを書き込まないのが原則です。

ii) グループピング

数多くのカードの中から似通ったものをいくつかのグループにまとめ、それぞれのグループに見出しをつけます。

iii) 整理には、図解化を行います



実践！多職種による模擬退院カンファレンス (20180218) レジюме

【部会】 医師分科会 【時間】 10:00～11:50 【会場】 第2・3会場

【テーマ】 誤嚥性肺炎を繰り返し徐々にADLが落ちてきている脳卒中患者さんへのアプローチを考える

【目標】 医療機関と在宅の接点のひとつに退院時カンファレンスがある。症例を通して在宅と入院の間で、お互いの施設・職種についての役割・考え方の理解を促す。この体験を通して、地区における顔の見える関係づくりのため、参加者が各地区に戻り、同様の会を開催するきっかけとする。

【事例検討内容】 在宅生活を送っていた患者さんが、機能低下に伴い誤嚥性肺炎を繰り返す様になり、さらに機能低下を招いてくる終末期も見え隠れする状況での在宅生活に戻るにあたり、患者さん・御家族の希望を多職種が共有し、それぞれの専門的立場から、在宅生活の課題等を踏まえアセスメントを共有し、連携の図り方を検討する。

【タイムスケジュール】 総合司会：千葉大学医学部附属病院教授 藤田伸輔

時間	内容	担当
9:30～10:00	受付	総合受付並びに会場受付
10:00～	開会挨拶	千葉県医師会理事 松岡かおり
10:05～(GW説明 10分) (症例説明 5分)	GW説明・進行 事例説明	千葉大学医学部附属病院教授 藤田伸輔 千葉県救急医療センター 古口徳雄
10:20～10:25 10:25～11:20 (GW 55分)	自己紹介 GW KJ法	進行：藤田伸輔 タイムキーパー：意見交換会事務局
11:20～11:40	GW発表・質疑応答 4グループに分かれる まとめと振り返り	進行：藤田伸輔
11:40～11:50	総評・閉会挨拶	千葉県救急医療センター 古口徳雄

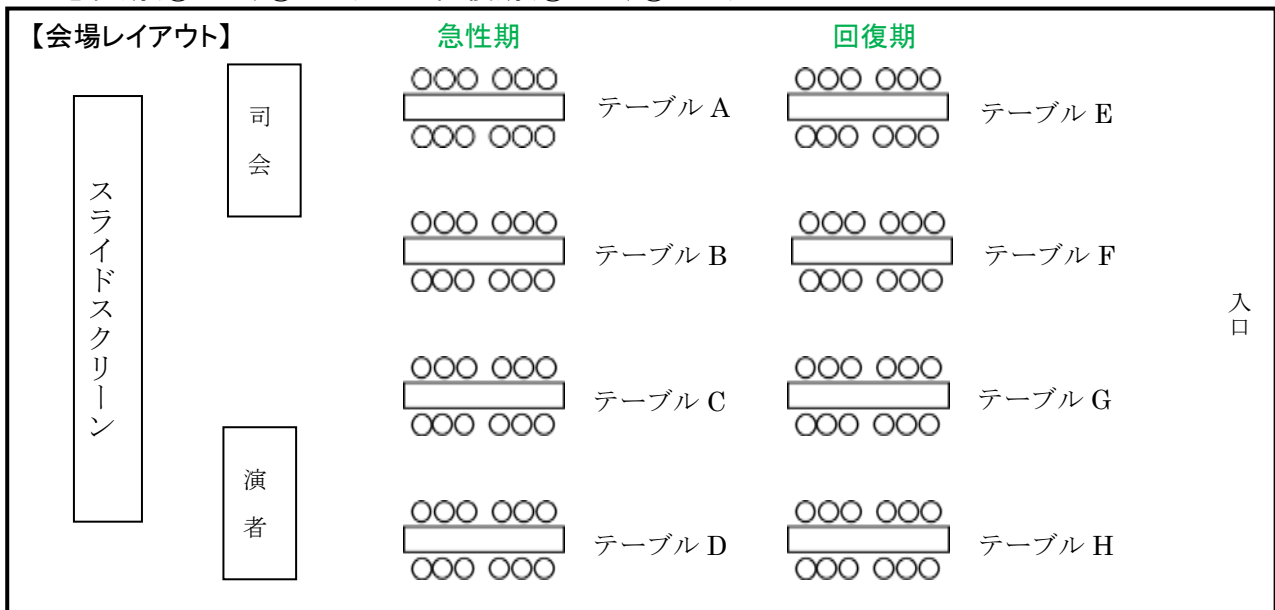
【配布資料】 ①模擬カンファレンスレジюме ②参加者名簿 ③事例(サマリー・パス・連携シート)

【グループワークの流れ】

①司会・記録者・発表者の決定 ②付箋を使って進行し、症例の課題・療養方針を決定(K-J法)

③まとめ ④発表 各グループ3分 質疑 2分

○急性期(①A・B、②C・D) ○回復期(③E・F、④G・H)



実践！多職種による模擬退院カンファレンス（症例検討会）

【目標】退院時の医療機関と在宅の接点のひとつに退院時カンファレンスがある。しかし、実際のカンファレンスでは、人数が揃わず、時間も少ないことが多い。今回、退院支援の一環として多職種連携の会を行い、お互いの職種についての役割・考え方の理解を促す。この体験を通して、地区における顔の見える関係づくりのため、参加者が各地区に戻り、同様の会を開催するきっかけとする。

【事例検討内容】

退院に向けて在宅での生活を始めるにあたり、様々な課題が予想されるが、それぞれの専門的視点、それぞれの職種から、ケースの在宅生活の課題等を踏まえアセスメントを共有し、連携の図り方を検討する。

特に、今回は CAMP-S 中の改訂された地域生活連携シートを活用しながら、今後の生活のあり方、その支援のあり方について検討していただきたい。

【ケース事例】

利用者氏名： Tさん 性別：男性 住所：千葉市 電話番号： 043-〇〇〇-〇〇〇	
生年月日：昭和 15年 1月1日生（78歳） 職業：サービス業 身長：165cm 体重：52 kg	
【傷病名】 脳梗塞（脳塞栓症）	【主治医】
【既往】 高血圧（H5～）、心房細動（H15～）	Cクリニック（内科） 〇〇先生 【訪問診療】
【障害名】 右片麻痺、嚥下障害、失語症	
【現症の経過および治療経過】	
2010年	構音障害、左不全麻痺でA病院に入院歴有り。右基底核のラクナ梗塞と診断され、ほぼ症状ないまでに回復し、自宅退院した。
2012年	左中大脳動脈分枝閉塞による右片麻痺、失語症にA病院で入院加療後、B病院の回復期リハビリ棟でリハビリを行い、車いす移乗・移動は自立、排泄は日中自立、夜間はしびん使用、歩行は家族介助にて可能、食事は軟菜きざみ食を自力にて摂取可能となり、自宅に退院。Cクリニック外来、デイサービス、訪問診療、訪問リハビリを利用しながら妻の介助のもとに生活していた。
2016年	徐々に食の好みの変化が生じ、体重減少とむせこみが見られ、発熱した時は、Cクリニック外来で適宜点滴治療を受けていた。
2017年	誤嚥性肺炎の診断で4月・8月にA病院に入院。4月の入院以降、食事は粒ありペーストとなり、Cクリニックから訪問診療を受けるようになっていた。入院するたびに介助量は増えてきていた。
0病日	今回は、2日前から発熱、Cクリニックの紹介で誤嚥性肺炎の診断でA病院に入院。抗生剤投与、経管栄養で肺炎は治癒したが、ADLが低下し、経口摂取についての検討も含め、リハビリが必要と判断され、回復期リハビリへの転院を勧めたが、本人が強く直接退院を希望したため、在宅に向けたリハビリを行った。なめらかペースト食では安全に摂取できるとの判断にて食事開始となるが、全量自力摂取には至らず、食事の後半は介助が必要な状態にとどまっている。経管栄養は中止し、嚥下食については、管理栄養士より妻に食事作成指導は行ったが、実践できるかまでの確認には至っていない。身体機能は、筋力低下が著明であり、積極的なリハビリを試みたが、患者の訓練意欲が乏しく、移乗動作は見守りから軽介助。家族との歩行は困難。排泄は日中、介助にて可能も夜間はオムツ内失禁状態である。
30病日	本人・家族の強い希望で自宅退院予定。

【家族構成】	
<p>妻(77)長男(49)との三人暮らし * 主介護者、キーパーソンは妻 同居の長男が日中は不在で仕事も多忙である。都内に長女夫婦がいるが、共に働いており子供の受験も控えている。長女は月に1~2回顔を出す程度だが、頻繁に電話連絡をしている。</p>	
<p>入院中の処方薬： 簡易懸濁法施行</p> <p>①エリキュース(5) 2錠 分2朝食後・夕食後 ②ディオバン 80mg1錠 分1朝食後 ③イーケプラドライシロップ 1000mg 分2朝・夕食後</p>	
<p>居宅支援事業者： ○○○○ 担当 CM: 要介護度:要介護2 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): B2 認知症高齢者の日常生活自立度 :Ⅲ 医療保険:後期高齢者医療 身体障害者肢体2級</p>	
【心身機能評価】	
<p>(随意運動) 右片麻痺 (感覚障害) 右上下肢中等度鈍麻 (可動域制限) 右肩屈曲 90° (痛み) 右肩運動時痛 (排尿排便) 尿便意あり、時々失敗あり (摂食嚥下) 送り込み不良で嚥下反射の惹起に遅延、喉頭蓋谷・梨状窩に残留あり複数回嚥下必要、自力喀痰可能 (高次脳機能障害) 失語症あり流暢ではないが日常会話レベルの意思疎通は可能。道具の操作が拙劣なことがある。 (心理面) 感情失禁あるが安定している</p>	
【病棟の日常生活活動(ADL)の状況】	
<p>(起居) 手すり使用一部介助、端座位見守り (移乗) 手すり使用一部介助 (移動) 屋内外共に車いす全介助 (食事) ペースト食をすくいやすい皿・STスプーン使用し自力摂取・後半は摂食介助、水分とろみ 3g/100cc (整容) 歯磨き、髭の剃り残し一部介助 (更衣) 一部介助 (排泄) 昼間はトイレにて排泄、夜間はおむつ対応、トイレで移動、ズボン上げ下げ一部介助 (入浴) 洗体、浴槽移乗全介助、入院時機械浴</p>	
【福祉用具】	
<p>介助用車イス、ポータブルトイレの購入を検討中。</p>	
【退院後の介護保険サービス利用予定】	
<p>区分変更後、介護度が上がれば通所サービスを増やす予定。</p>	

【退院前指導内容】
【住環境】 マンション5階(エレベータ有り)、屋外に3段の階段あり可動式スロープを設置予定。トイレの手すり、浴室等は改修済み。
【その他】 年金収入だが経済的な不安は無い。介護力不足。
本人の希望: 家に帰りたいと感情失禁あり。 妻の希望: これまでも介護していたので、戻してあげたい。食事の管理、肺炎が心配である。実のところ介護に疲れもある。 長男の希望: 親の希望を優先してあげたいが、そろそろ限界かなと感じている。 長女の希望: 親の希望を優先してあげたい。もっとしっかりリハビリをすれば、より安心して家に帰れると思っている。
現状の問題点、課題:
備考 カンファレンス前血液検査データ アルブミン 3.7 mg/dl

実践！多職種による模擬退院カンファレンス（症例検討会）

【目標】退院時の医療機関と在宅の接点のひとつに退院時カンファレンスがある。しかし、実際のカンファレンスでは、人数が揃わず、時間も少ないことが多い。今回、退院支援の一環として多職種連携の会を行い、お互いの職種についての役割・考え方の理解を促す。この体験を通して、地区における顔の見える関係づくりのため、参加者が各地区に戻り、同様の会を開催するきっかけとする。

【事例検討内容】

退院に向けて在宅での生活を始めるにあたり、様々な課題が予想されるが、それぞれの専門的視点、それぞれの職種から、ケースの在宅生活の課題等を踏まえアセスメントを共有し、連携の図り方を検討する。

特に、今回は CAMP-S 中の改訂された地域生活連携シートを活用しながら、今後の生活のあり方、その支援のあり方について検討していただきたい。

【ケース事例】

利用者氏名： Tさん 性別：男性 住所：千葉市 電話番号： 043-0000-0000	
生年月日：昭和 15年 1月1日生（78歳） 職業：サービス業 身長：165cm 体重：52 kg	
【傷病名】 脳梗塞（脳塞栓症）	【主治医】
【既往】 高血圧（H5～）、心房細動（H15～）	Cクリニック（内科） ○○先生 【訪問診療】
【障害名】 右片麻痺、嚥下障害、失語症	
【現症の経過および治療経過】	
2010年	構音障害、左不全麻痺でA病院に入院歴有り。右基底核のラクナ梗塞と診断され、ほぼ症状ないまでに回復し、自宅退院した。
2012年	左中大脳動脈分枝閉塞による右片麻痺、失語症にてA病院で入院加療後、B病院の回復期リハ病棟でリハを行い、車いす移乗・移動は自立、排泄は日中自立、夜間はしびん使用、歩行は家族介助にて可能、食事は軟菜きざみ食を自力にて摂取可能となり、自宅に退院。Cクリニック外来、デイサービス、訪問診療、訪問リハを利用しながら妻の介助のもとに生活していた。
2016年	徐々に食の好みの変化が生じ、体重減少とむせこみが見られ、発熱した時は、Cクリニック外来で適宜点滴治療を受けていた。
2017年	誤嚥性肺炎の診断で4月・8月にA病院に入院。4月の入院以降、食事は粒ありペーストとなり、Cクリニックから訪問診療を受けるようになっていた。入院するたびに介助量は増えてきていた。
0病日	今回は、2日前から発熱、Cクリニックの紹介で誤嚥性肺炎の診断でA病院に入院。抗生剤投与、経管栄養で肺炎は治癒したが、ADLが低下し、経口摂取についての検討も含め、リハが必要と判断された。
31病日	B病院回復期リハ病棟に転院。嚥下造影を施行し、なめらかペースト食では安全に摂取できるとの判断にて食事開始となるが、全量自力摂取には至らず、食事の後半は介助が必要な状態にとどまっている。経管栄養は中止し、嚥下食については、管理栄養士より妻に食事作成指導は行ったが、実践できるかまでの確認には至っていない。身体機能は、筋力低下が著明であり、積極的なリハを試みたが、患者の訓練意欲が乏しく、移乗動作は見守りから軽介助。家族との歩行は困難。排泄は日中、介助にて可能も夜間はオムツ内失禁状態である。
70病日	本人・家族の強い希望で自宅退院予定。

【家族構成】	
妻(77)長男(49)との三人暮らし * 主介護者、キーパーソンは妻 同居の長男が日中は不在で仕事も多忙である。都内に長女夫婦がいるが、共に働いており子供の受験も控えている。長女は月に1~2回顔を出す程度だが、頻繁に電話連絡をしている。	
入院中の処方薬：簡易懸濁法施行 ①エリキュース(5) 2錠 分2朝食後・夕食後 ②ディオバン 80mg1錠 分1朝食後 ③イーケプラドライシロップ 1000mg 分2朝・夕食後	
居宅支援事業者： ○○○○ 担当 CM: 要介護度:要介護2 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): B2 認知症高齢者の日常生活自立度 :Ⅲ 医療保険:後期高齢者医療 身体障害者肢体2級	
【心身機能評価】	
(随意運動) 右片麻痺	
(感覚障害) 右上下肢中等度鈍麻	
(可動域制限) 右肩屈曲 90°	
(痛み) 右肩運動時痛	
(排尿排便) 尿便意あり、時々失敗あり	
(摂食嚥下) 送り込み不良で嚥下反射の惹起に遅延、喉頭蓋谷・梨状窩に残留あり複数回嚥下必要、自力喀痰可能	
(高次脳機能障害) 失語症あり流暢ではないが日常会話レベルの意思疎通は可能。道具の操作が拙劣なことがある。	
(心理面) 感情失禁あるが安定している	
【病棟の日常生活活動(ADL)の状況】	
(起居) 手すり使用一部介助、端座位見守り	
(移乗) 手すり使用一部介助	
(移動) 屋内外共に車いす全介助	
(食事) ペースト食をすくいやすい皿・STスプーン使用し自力摂取・後半は摂食介助、水分とろみ 3g/100cc	
(整容) 歯磨き、髭の剃り残し一部介助	
(更衣) 一部介助	
(排泄) 昼間はトイレにて排泄、夜間はおむつ対応、トイレで移動、ズボン上げ下げ一部介助	
(入浴) 洗体、浴槽移乗全介助、入院時機械浴	
【福祉用具】	
介助用車イス、ポータブルトイレの購入を検討中。	
【退院後の介護保険サービス利用予定】	
区分変更後、介護度が上がれば通所サービスを増やす予定。	

【退院前指導内容】
【住環境】 マンション5階(エレベータ有り)、屋外に3段の階段あり可動式スロープを設置予定。トイレの手すり、浴室等は改修済み。
【その他】 年金収入だが経済的な不安は無い。介護力不足。
本人の希望: 家に帰りたいと感情失禁あり。 妻の希望: これまでも介護していたので、戻してあげたい。食事の管理、肺炎が心配である。実のところ介護に疲れもある。 長男の希望: 親の希望を優先してあげたいが、そろそろ限界かなと感じている。 長女の希望: 親の希望を優先してあげたい。もっとしっかりリハビリをすれば、より安心して家に帰れると思っている。
現状の問題点、課題:
備考 カンファレンス前血液検査データ アルブミン 3.7 mg/dl

千葉県地域生活連携シート（入院時等）

A表

記入日 平成 年 月 日

事業所（施設）名	B介護事業所
担当者名	
電話番号	



病院・診療所名	A病院
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。
 （※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

提供日 平成 年 月 日
 入院日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	○○ ○○	生年月日	明大昭 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15年 1月 1日	年齢	78歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
------------	-------	------	--	-----------	----	-----	----	--

住 所	TEL（自宅）		職 業	
	TEL（携帯）			

緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電話番号
	○○	妻		
	○○	長男		

※ 家族構成図		住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅（5階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有）	
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン			<input type="checkbox"/> 施設等（ ）	
		生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経済的支援 <input type="checkbox"/> 要
		障害等認定	<input checked="" type="checkbox"/> 身障（2） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ ）	
※ 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）				
サービス業				
<input type="checkbox"/> 一人暮らし				

※ 家族の介護力及び特記事項

主たる介護者は妻。長男は同居しているが日中は不在。長女は都内に住んでいるが、介護には参加していない。

（本人・家族）の療養に関する意向等

自宅での介護を強く希望している。

リビングウィル等の意思表示 無 有 確認相手 本人 家族 その他（ ）
 確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号：

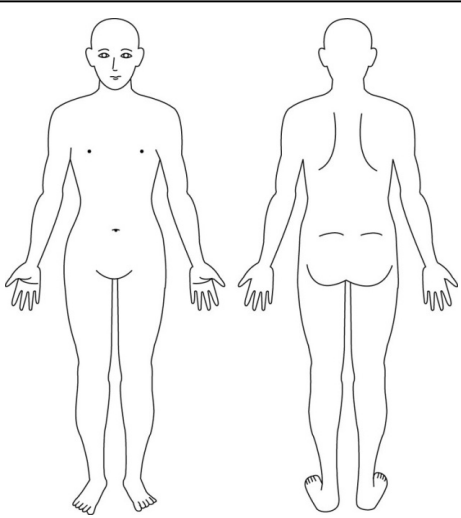
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
---------------	--

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
----------------	--

※ 介護サービス 利用状況	訪 問	<input type="checkbox"/> 介護（ / 週 ） <input type="checkbox"/> 入浴（ / 週 ） <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ（ / 週 ） <input type="checkbox"/> 看護（ / 週 ）
	通 所	<input checked="" type="checkbox"/> 介護（ / 週 ） <input type="checkbox"/> リハビリ（ / 週 ）
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護（ ） <input type="checkbox"/> 療養介護（ ）
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ ） <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売（ ）
	その他	

※ かかりつけ情報 （医師、歯科、 薬局）	主病名	医療機関名等	診療科目・主治医等	電話番号
	脳梗塞	A病院		
	高血圧・心房細動	Cクリニック		

利用者氏名		事業所（施設）名、担当者名	B事業所		
	自立 <input type="checkbox"/>	見守り <input type="checkbox"/>	一部介助 <input checked="" type="checkbox"/>		
在宅での生活状況					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ 屋内は手すり短距離 ）					
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ <input checked="" type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ） 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ <input checked="" type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ）					
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	
				咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	
				食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下食（ <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input checked="" type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管栄養（方法： 内容： 量： 所要時間： ）	
制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
特記事項					
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				日中 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
				夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
排尿能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル					
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
処方薬 <input checked="" type="checkbox"/> 別紙参照（ ） <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input checked="" type="checkbox"/> 簡易懸濁法					
特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他				
※ 麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度		 <p style="text-align: right;">※麻痺や褥瘡等の位置</p>		
部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢					
※ 褥 瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）				
※ 皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）				
※ 視 力	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない				
	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能				
眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
※ 聴 力	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない				
	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能				
補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
※ 言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input checked="" type="checkbox"/> 話せる（程度： ゆっくり ）				
※ 意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> できる（伝達方法： ）				
※ 短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし（ <input checked="" type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え）				
※ 行動・精神症状等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下			
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
その他（介護上、特に注意すべき点等）					

○退院に向けてのお願い（ケアマネージャーから医療機関等）
 退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。

受取者サイン

患者氏名: ○○ ○○ 様 作成日: H 30年 2月 ** 日

身長: 165 cm(測定日 1/30)

体重: 52.0 kg(測定日 1/30)

<食事情報>

経口 経管

エネルギー 1300 キロカロリー

たんぱく質 60 g

経腸栄養剤:

<水分とろみ>

とろみ剤名: (100 mlあたり 3 g混ぜる)

<input type="checkbox"/> とろみなし	<input type="checkbox"/> 薄いとろみ  スプーンを傾けると、すっと流れ落ちる	<input type="checkbox"/> 中間のとろみ  スプーンを傾けると、とろとろと流れる	<input checked="" type="checkbox"/> 濃いとろみ  スプーンを傾けても、流れにくい
--------------------------------	--	---	---

主食	おかず				
<input type="checkbox"/> お粥ゼリー 	<input checked="" type="checkbox"/> (Ot) 濃いとろみ 	<input type="checkbox"/> (Oj) 果汁ゼリー 			0
<input checked="" type="checkbox"/> 全粥ペースト 	<input checked="" type="checkbox"/> プリン・ゼリー・ムースなど 	具なし茶碗蒸し 	許可基準 II	かまなくてよい	1
<input type="checkbox"/> 全粥粒ペースト 	<input checked="" type="checkbox"/> なめらかミキサーペースト状 		許可基準 II 許可基準 III	かまなくてよい	2
<input type="checkbox"/> 全粥 	<input type="checkbox"/> 粒ありミキサーペースト状(ミキサーをかけて粒が残る状態) 		許可基準 II 許可基準 III	かまなくてよい	2
<input type="checkbox"/> 軟らかめご飯 	<input type="checkbox"/> 舌でつぶせるかたさ 			舌でつぶせる	3
<input type="checkbox"/> 普通のご飯 	<input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる、弱い力でも噛める 			歯ぐきでつぶせる 容易にかめる	4

< 注意点 >

入院前は粒ありペーストを召し上がっていましたが、今回誤嚥性肺炎で入院となり、食事形態を検討した結果、なめらかペースト状となっています。水分は濃いとろみ付きです。とろみ剤はトロミスマイルを使用していました。

千葉県地域生活連携シート（退院時）

B表

※医療機関・施設名		※電話番号		※面談日	平成	年	月	日
※面談者		※記入者						

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。（※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

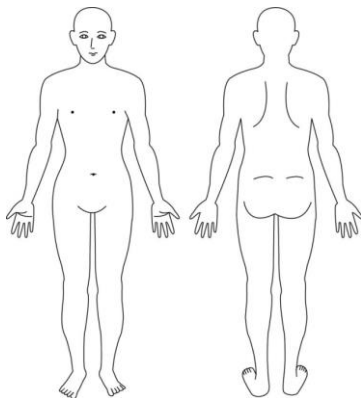
※ふりがな 氏名			※生年月日	明大昭	年	月	日	※年齢	歳	※性別	男女
住 所			TEL（自宅）					職 業			
			TEL（携帯）								
緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所			電 話 番 号					
家族構成図			住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ <input type="checkbox"/> 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（ <input type="checkbox"/> ）							
<small>◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン</small>				生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		経済的支援		<input type="checkbox"/> 要		
			障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 精神（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ <input type="checkbox"/> ） 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）							
			<input type="checkbox"/> 一人暮らし								
家族の介護力及び特記事項											

※要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請			有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）							
	<input type="checkbox"/> 事業対象者			要支援		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2									
※認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									

※入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 予定										
※入院の経緯・原因となった病名等											
※手術						※既往歴					
傷病の経過及び治療経過											
本人、家族への退院前指導の内容	（説明を聞いた相手：）										
退院後の診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 （紹介先医療機関等）										
※特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他										
※感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA： <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）										

利用者氏名

記入日：平成 年 月 日

		自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子	
※	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※	口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) 口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
※	食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 食形態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (方法: 内容: 量: 所要時間) 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ()) 特記事項	
	整 容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
※	入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())	
※	排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () 排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
※	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照 () <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法	
麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢						
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)						
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)						
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度:)						
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)						
※	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え)					
※	行動・精神 症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()				
※	リハビリ テーション (目標や 内容等)	実施リハ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他 () 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 生活目標 到達方法 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 自主トレ継続 <input type="checkbox"/> その他 () 必要な 内 容					
※	導入が必要と 考えられる 介護サービス	訪 問 <input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) <input type="checkbox"/> 看護 (/ 週) 通 所 <input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 () <input type="checkbox"/> 療養介護 () 福祉用具 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 () その他					
※ (本人・家族) の療養に関する意向等							
リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () 確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: 電話番号							
※ その他 (退院後の生活で注意すべき点等)							