

V. 巻末資料（ワークシート）

ワークシートの活用にあたって

◎『街づくり的地域リハビリテーション推進のヒント(仮)』は、逢坂悟郎氏提案の『街づくり的地域リハビリテーション活動推進の8ステップ』をヒントにいくつかのワークシートと手順書を用意しました。

◎手順書としては、街づくり的地域リハビリテーション活動の手法を記した「8ステップチェック表」、地域資源の抽出～グループワーク～課題抽出の手順を記した「グループワークの手順」を用意しました。

◎ワークシートとしては、地域資源抽出のための「圏域資源調査表」、地域資源どうしの関係を視覚的に確認する「資源関連マップ作成シート」、グループワークで活用する「グループワークシート(脳卒中関係)」、地域の課題の優先順位を検討する「問題点検討シート(なぜなぜシート)」、『街づくり的地域リハビリテーション活動推進の8ステップ』に沿った「8ステップワークシート」を用意しました。

◎いくつかのワークシートについては、記入例を作成しましたので、活用の参考にしてください。

◎「8ステップワークシート」は、各ステップにあてはめて取り組みを具体的にイメージしていただくためのヒントとして作成しましたが、これにとらわれる必要はありません。

◎課題の整理・戦略立案・意識の共有を促すツールとしてご活用ください。

◎今後の改良に向けて、ご意見をお寄せくださると幸いです。

8ステップチェック表

地域リハ支援の対象は、病院職員、在宅サービス職員、住民・障害当事者など様々であるが、以下の手順はほぼあらゆる対象者に適応できる。また、地域リハ支援を行う担当者は、地域リハ広域支援センター、地域包括支援センター、保健所、行政、社協、その他など多岐にわたり対象者も異なるが、活動手順そのものは共通している。

進捗度	まずは、地域リハ支援の担当者で	
	ステップⅠ	できる範囲で、担当地域の状況・問題点を探る。
	ステップⅡ	とりあえずの戦略(対象とする人々、長期目標、活動の手順)を決める。
	多くの人々を組織化し、主体的に活動できるようにするために	
	ステップⅢ	<p>多くの人々(医療・介護専門職、住民)による会合・研修会を開催し、その地域のおおまかな状況や問題点について頭の整理ができるようにする。これにより、問題意識の共有が起こる。参加者が漠然と感じている問題を明確化し、「このままでは大変だ!」、「どげんかせんといけん!」という気持ちにする。</p> <p>(例:いつもの講演+グループワーク)</p>
	ステップⅣ	<p>後日、問題意識を持った人々による会合を開催する。(例:タウンミーティング)</p> <p>① 地域の状況や問題点についての確認や追加</p> <p>② 長期目標、戦略の確認・修正(地域リハ支援側が決めた「問題解決への作戦」を全体で議論する)</p> <p>③ 「皆さん」がその気になった段階で、地域リハ支援側から「自分たちは微力なので、皆さんの主体的活動がないと問題は解決しません」と確認。(皆さんが「主役」、地域リハ支援側は「戦略的脇役」)</p> <p>④ (地域リハ支援側としては)参加者のなかのキーパーソンが発見・確認</p>
	ステップⅤ	<p>幹事会の発足</p> <p>キーパーソンらによる幹事会を発足し、中心メンバーの組織化を図る。その後は、彼らによる主体的な活動を支援するようにする。これがその他の参加者の主体的な活動や組織化につながる。</p>
	ステップⅥ	<p>活動開始</p> <p>(例:病院のネットワーク化、在宅サービスのネットワーク化、病院・在宅連携、住民主体の介護予防活動、中学校区での医療-介護連携・認知症対策などなど)</p>
	ステップⅦ	<p>戦略の定期的な確認・見直し</p> <p>① 地域リハ支援の担当者間</p> <p>② 幹事会+地域リハ支援の担当者</p> <p>③ 参加者全員で</p>
ステップⅧ	<p>活動の振り返り</p> <p>年1回は行った活動について、各レベルでの全般的な反省会を持ち、戦略の確認・見直しを行う。これに基づいて、その後の活動を行う。</p>	

圏域資源調査表

担当圏域について整理してみましょう	
1 基本情報に関して a 人口、面積、人口密度、高齢化率と今後の予測推移はどのくらいですか？	
2 医療・介護資源に関して b 人口10万人あたりの病床数はどのくらいですか？ c 病院の資源(急性期・回復期・療養型・介護施設など)はどのくらいありますか？	
3 医療機関の受診動向に関して d 脳卒中を発症し自宅に戻るまでの流れはどのようになっていますか？ e がん患者の受診動向はどうですか？ f 精神疾患患者の受診動向はどうですか？ g その他の主だった疾患の受診動向はどうですか？ h 圏域内で入院が完結する割合はどの程度ですか？	
4 医療・介護連携に関して i 病院の連携はうまくいっていますか？ j 圏域内の病院の退院調整の課題はありますか？ k 圏域外の病院の退院調整の課題はありますか？ l 開業医とケアマネジャー・地域包括支援センターとの連携に問題はありますか？ m 地域の専門機関・専門職種が地域の課題について話し合う機会がありますか？	
5 在宅サービスに関して n 若年障害者が違和感なく通所できるデイケア・デイサービスはありますか？ o 胃ろうや気管切開の人が利用できる通所サービス、ショートステイはありますか？ p 夜間ホームヘルプが利用できない地域はありますか？ q 訪問診療を行う開業医は充足していますか？ r 地域で取り組むチーム医療に積極的な開業医は充足していますか？ s 精神障がい者が地域で活動できる拠点は充足していますか？ t 地域包括支援センターは地域のコーディネーターとして機能していますか？	
6 住民の参画に関して u 障害者を支える住民のボランティア組織や、それを支える仕組みがありますか？ v 介護予防を広げるための住民ボランティア活用の働きかけはありますか？ w 地域の医療・介護・福祉の課題を話し合う機会がありますか？	

グループワークの手順 Step1

事前準備1

- ◎地域の資源・ネットワークなどについて調べておく
- ◎わかる範囲の地域の課題を検討しておく
- ◎地域の協力者(地域支援者)をピックアップする
- ◎地域支援者と地域の課題について意見交換の場を設ける

事前準備2

- ◎「地域ケア・連携構築などについての研修」企画を立てて広報する
- ◎研修会に合わせて行うグループワークのテーマを決めておく
- ◎参加予定者を地区ごとの6～8名のグループ分けしておく
- ◎地域支援者にグループファシリテーターとして協力してもらい、各グループに配置するようにする
- ◎また、全体のファシリテーターについても3～4名決めておく

当日の準備

- ◎グループファシリテーター、全体ファシリテーター、全体司会で進行について打ち合わせを行う
- ◎発表時に使用するグループワークシート、OHP、プロジェクターなどを用意する

グループファシリテーターの役割

グループワークの方法について説明する。最初に司会・書記・発表者を決める手続きを進め、グループワークの進行を促す。

全体ファシリテーターの役割

グループワークの進行を見守り、質問対応や時間管理を行う。また、グループ発表時のグループをピックアップする

全体司会の役割

グループワークのオリエンテーションを行う。グループ発表を仕切る。

グループワークの手順 Step2

研修会

- ◎「地域ケア・連携構築についての研修会(仮)」を実施し、地域の資源状況・問題点などの情報を提供
→「なんとかしないとイケないべき」という意識を高める

オリエンテーション

- ◎全体司会者によってグループワークの方法の説明する
A.実施手順 B.グループワークのお約束

グループ

A.実施手順

- I.準備(5分)
 - ①まず自己紹介
 - ②司会・書記・発表者を決める
 - ③「街の目標・理念」を決める(例:たとえ障害があってもイキイキ過ごす街づくり)
- II.「資源状況」(15分)
 - ④テーマに沿った資源状況(例:急性期・回復期・維持期)を書きだす。
→地区外にある物は赤○で囲む。
 - ⑤地区にないサービスも書いてみる(例:夜間ホームヘルプ、鍛えるデイサービス、訪問リハ、胃ろうのデイサービスなど)
- III.「問題点」(20分)
 - ⑥地区の「問題点」を書きだす
- IV.「必要なこと」(20分)
 - ⑦問題点に対応した「必要なこと」を考える
 - ⑧「必要なこと」の優先順位・作戦を考える
 - ⑨書記はどんどん書きとめていく

B.グループワークのお約束

- ◆専門用語禁止
- ◆本音でトーク
- ◆うらみっこなし

事後

- ◎まとめておく
- ◎何回か実施していく
- ◎活動の目標・手順を決める
- ◎地域支援者を増やす
- ◎支援者の組織化を図る

問題点検討シート 例) 2-1

【問題】 A病院は居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへの事前連絡なしに患者が退院してくる。

【A病院基本情報】

- 1 病床数 130床(一般80床、回復期リハ50床)
- 2 診療科目 脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科
- 3 施設認定 日本医療機能評価機構認定病院、二次救急指定病院
- 4 職員数 170名
- 5 連携窓口 地域医療連携室(MSW2名在籍<相談業務経験5年、8年>)
- 6 在院日数 17日(急性期病棟平均)
- 7 医療機能 圏域の脳卒中急性期病院として機能。急性期経過後は自院の回復期リハ病棟へ転棟するか、他の回復期リハ病院に転院
- 8 連携状況 圏域の脳卒中地域連携パス協議会(急性期5病院、回復期7病院)に参加

なぜなぜ分析の一例

問題	なぜ(原因)1	なぜ(原因)2	なぜ(原因)3	なぜ(原因)4	なぜ(原因)5	
A病院は居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへの事前連絡なしに患者が退院してくる	連携室を経由していない(事実)	連携室のマンパワーが不足しているからでは？	経営者が増員を考えていないのでは？ 募集しても採用に至らないのでは？	増員に見合う収益を確保できないからでは？	(省略)	
		軽症者は連携室を経由しない流れになっているのでは？	軽症者については、関係機関との連携が必要ないと医師や看護師が考えているのでは？	医師や看護師の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？	知る機会がないのでは？ 知る必要がないと考えているのでは？ 制度が複雑だからでは？	
			連携室のマンパワーが不足しているからでは？	経営者が増員を考えていないのでは？ 募集しても採用に至らないのでは？	増員に見合う収益を確保できないからでは？	(省略)
			極めて急な退院なのでは？	転棟・転院等の調整が計画的に行われていないのでは？	院内(病棟間)の連携が不十分なのでは？ 転院先病院の受入に時間がかかるのでは？	(省略)
		本人の強い意向なのでは？		(省略)	(省略)	(省略)
		強制退院なのでは？		(省略)	(省略)	(省略)
		病棟が本人、家族に自分で連絡するよう伝えたのでは？	業務が多忙すぎるのでは？	軽症者については、本人・家族の連絡で足りると考えているのでは？	(省略)	(省略)
			連携室から連絡するタイミングの判断が難しいのでは？(仮説)	病棟から連携室への連絡が遅いのでは？	院内の連携が不十分なのでは？	医師や看護師の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？
		連携室の役割が十分理解されていないのでは？		院内のルールが整備されていないのでは？	(省略)	知る機会がないのでは？ 知る必要がないと考えているのでは？
		連携室職員の業務過多なのでは？(仮説)		連携室のマンパワーが不足しているからでは？	経営者が増員を考えていないのでは？ 募集しても採用に至らないのでは？	増員に見合う収益を確保できないからでは？
	担当のケアマネがMSWに周知されていないのでは？(仮説)	入院時、担当ケアマネが連絡していないのでは？	ケアマネが多忙すぎるのでは？	多くのケースを担当しているのでは？	(省略)	(省略)
			ケアマネの能力が不十分なのでは？	経験が浅いのでは？ 教育・研修の機会が少ないのでは？	(省略)	多忙すぎるのでは？
		院内の連携が不十分なのでは？	連絡様式が整っていないのでは？	(省略)	(省略)	(省略)
			職員の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？	知る機会がないのでは？ 知る必要がないと考えているのでは？ 制度が複雑だからでは？	(省略)	MSWのみ知っていればよいと思っているのでは？ 知るメリットがないと考えているのでは？
	本人、家族の同意が得られなかったのでは？(仮説)	本人、家族の制度理解や退院後の生活イメージが不足しているのでは？	制度についての関心がなかったのでは？	(省略)	(省略)	
		本人、家族が関係者の介入に拒否的なのでは？	(省略)	(省略)	(省略)	
	連絡は必要ないと思ったのでは？(仮説)	極めて軽症ケースなのでは？	(省略)	(省略)	(省略)	
		連絡しても何もしてくれないと思っているのでは？	退院後の情報が病院にフィードバックされていないのでは？	ケアマネが多忙すぎるのでは？ ケアマネの能力が不十分なのでは？	多くのケースを担当しているのでは？ 経験が浅いのでは？ 教育・研修の機会が少ないのでは？	
			得られた退院後の情報が病院内で共有されていないのでは？	連絡様式が整っていないのでは？ 退院患者の情報を共有する機会がないのでは？	(省略)	(省略)
		本人、家族が自分で連絡すると言ったのでは？	(省略)	(省略)	(省略)	
その他	(省略)	(省略)	(省略)	(省略)		

※地域リハの活動として手の打てない原因や重複している原因については記載を一部省略した。

問題点検討シート 例) 2-2

問題	なぜ(原因)1	なぜ(原因)2	なぜ(原因)3	なぜ(原因)4	なぜ(原因)5		
経管栄養の患者さんが回復期から退院できない	医療処置の多い患者さんの在宅の社会資源の量が少ない	在宅サービスでは経管栄養のサービス受け入れが少ない	経管栄養の患者さんの自宅退院のケースが少ない	ケアマネジャーが在宅を諦めている	やれるかどうか本気で検討していない		
			経管栄養は病状が急変するものと思われている	病院も在宅は無理だと思っている	業務が多忙になると思っている	家族の力を信じていない	
			在宅サービスでは経管栄養のサービスの人員に一定数の制限が設けられている	サービス開始までに期間がかかる	受け入れが一部の事業所に限られる	面倒なことはしたくない	頑張っても評価されない
				24時間の訪問サービス枠が少ない	対象者が少ない	頑張っても評価されない	
				事業所が「事故」を恐れて受け入れを嫌がっている	経口の方が誤嚥の危険が高いことを知らない	訪問看護が協力してくれない	実態を国が知らない
		経管栄養の方の受け入れ事業所が少ない	事業所が「事故」を恐れて受け入れを嫌がっている	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない	誰も問題として取り上げない		
		維持期の病院への入院待機期間が長い 施設の受け入れも制限がある	維持期病院からの自宅退院が殆ど無い (ベッドが回転しない)	医療処置の多い患者さんの在宅の社会資源の量が少ない (なぜ1の課題)	ケアマネジャーが在宅を諦めている	やれるかどうか本気で検討していない	
				在宅サービスで養のサービス受が少ない (なぜ2の課題)	業務が多忙になると思っている	家族の力を信じていない	
			施設サービスでは経管栄養のサービス受け入れ枠が少ない	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない (なぜ4の課題)	経管栄養受け入れに介護報酬加算等の利益誘導がない (なぜ4の課題)	面倒なことはしたくない	頑張っても評価されない
				頑張っても評価されない (なぜ5の課題)	頑張っても評価されない	訪問看護が協力してくれない	実態を国が知らない

経管栄養の患者さんが回復期から退院できない悪循環の関係

考えられた課題を関係図にまとめてみる

