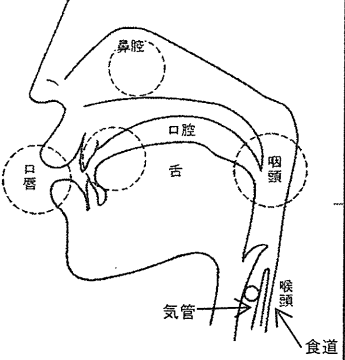


<評価結果>前回との比較	<指導内容>
<p>◆食事形態(病院食)</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p><input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食</p> <p><input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 経管</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	
<p>◆口腔機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p> <p>変化ありの場合: <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 嚙む力 <input type="checkbox"/> 舌の力</p> <p><input type="checkbox"/> 口を開けた時の縦幅</p>	
<p>◆咽頭機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>	
<p>◆咳反射機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>	<p>咳反射機能とは、通常空気しか入ることのない気管内に食べ物などが入るとむせたり、咳こんだりして異物を外に出そうという体の防衛反応のことです。</p>
<p>《食形態の変更》</p> <p><input type="checkbox"/> 現状で問題なし <input type="checkbox"/> 変更必要</p> <p><input type="checkbox"/> 形態の変更不必要だが注意点あり</p>	
<p>◆コメント</p>	

摂食嚥下機能評価用紙 質問紙

氏名	〇〇〇〇様	ID	●●●●●●	性別	男	評価日	20△△/△/△・△・△
生年月日	19◎◎年◎月◎日			年齢	14才	診断名	DMD
主訴:	安全な食形態を教えて欲しい					評価者	ST:酒井

《摂食・嚥下障害の質問紙》

1. 肺炎と診断されたことがありますか？	A.繰り返す	B.一度だけ	C.なし
2. やせてきましたか？	A.明らかに	B.わずかに	C.なし
3. 物が飲み込みにくいと感じたことがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
4. 食事中にむせることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
5. お茶を飲むときにむせることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
6. 食事中や食後それ以外の時にも、のどがゴロゴロ(たんがからんだ感じ)することがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
7. のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
8. 食べるのが遅くなりましたか？	A.たいへん	B.わずかに	C.なし
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？	A.たいへん	B.わずかに	C.なし
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
12. 食物や酸っぱい液がのどに戻ってくることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
13. 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
14. 夜、咳でねむれなかつたり目覚めることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
15. 声がかすれてきましたか？(がらがら声、かすれ声等)？	A.たいへん	B.わずかに	C.なし

判定

Aの回答:一つでもあれば摂食・嚥下障害ありと判定、数が多ければより重度  
 Bの回答:一つでもあれば摂食・嚥下障害の疑いあり、数が多ければより疑いが強い  
 Cの回答:Cのみの時は摂食・嚥下障害の可能性はきわめて低い

施設か在宅か？ ⇒ 自宅

食事を作る人は？ ⇒ 母親 昼は給食 自宅・学校共に食形態の変更は可能。

話し難さなどは出てきましたか？ ⇒ なし

前回と飲み方で変わったことはありますか？ ⇒ 特に変化なし

風邪でもないのに熱や痰などが出たことがありますか？ ⇒ ある 2年前に肺炎になった。誤嚥性肺炎とは言われなかった。

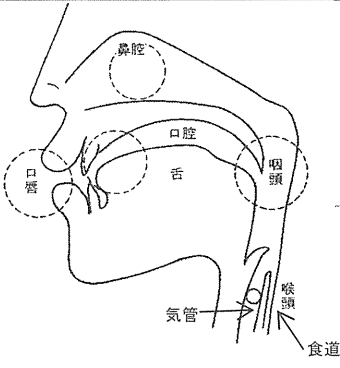
食べ物を詰まらせた事がありますか？ ⇒ お芋で食べている時に詰まらせたことがある。背中を叩いてとれた。

レモンや柑橘系の食物に対しアレルギーなどがありますか？ ⇒ なし

喘息などの既往がありますか？ ⇒ なし

その他:学校の先生より安全な食事を教えて欲しいと言われている。家族構成:父・母、姉、本人、弟の五人暮らし。近くの〇〇病院に週に2回行っている。火曜日が理学療法で金曜日は作業療法、言語療法は受けていない。学校は母親が送り迎えしている。学校の給食は今のところみんなと同じ食べ物を食べている。歯並びが気になっているので定期的に歯科に通っている。矯正はしていない。聴取:母親

摂食嚥下機能評価用紙							
氏名	〇〇〇〇様	ID	●●●●●	性別	男	評価日	20△△/△/△・△・△
生年月日	19◎◎年◎月◎日			年齢	14才	診断名	DMD
主訴:	安全な食形態を教えて欲しい				評価者	ST: 酒井	
《食事場面》		経口摂取: 有		自立度: 自立			
自宅での食事	固形: 軟飯軟菜 一口大 親指大				水分: トロなし		
病院食形態	固形: 軟飯軟菜スライスカット				水分: トロなし		
姿勢	ベッド上座位 90度			上肢(利手)	食具	右 大スプーン	
一口量	固形 5cc程度(多めムラあり)			液体: 5cc 普通			
咀嚼～嚥下	固形 1～2口ごとに嚥下(普通)			口唇での取り込み		正常	
嚥下時のムセ	固形 なし 有の場合→嚥下前・嚥下直後・嚥下後しばらくして						
	液体 なし 有の場合→嚥下前・嚥下直後・嚥下後しばらくして						
その他の誤嚥兆候	湿性嘔声(なし)		咽頭貯留音(なし)		SpO <sub>2</sub>	食前 98 % 安定	
摂取時間および量	20 分		摂取量: 全量		食中 97 ~98 % 安定・変動有		
疲労度	(やや疲労)						
嚥下特徴	1～2ごとに一回嚥下、口に溜め込みながら、咀嚼しながら食べている。						
《発声・構音機能》		指示理解: 良好					
呼吸	自発呼吸			呼吸回数: 20 回/分			
発声	有声音の表出可			com方略: 音声			
	発声持続: a: 1.1 秒						
	発話明瞭度: 特に問題なし。			声の異常: なし			
咳嗽	意図的に可 CPF: 200						
喉頭拳上範囲	2/3～1/3横指				咬合力右: 右測定不能(42) kN		
下顎・歯列	開口位: 3.7mm		オープンバイト: 有 1.4mm		左: 左測定不能(90、62)kN		
口唇	横引き: 7.2 mm		突出: 40mm		口唇力: 5.5、5.5、5.1 kN		
舌	挺舌幅: 問題なし(24mm)		左右差: 無		舌圧: 29、28、30 kPa		
顔面(頬の膨らめ)	可 弱い		左右差: 無				
構音	バ(正常) タ(正常)						
	カ(正常) ラ(正常)						
《嚥下機能スクリーニング検査》							
【反復唾液のみテスト】				【改定水飲テスト】 → 空嚥下の際は息を吸って空気を丸ごと飲込んでいる。			
基準: 30秒で2回以下が異常				基準: 5秒以内にむせずに飲めれば正常、それ以外は、嚥下障害疑い			
1回目: 1秒	1回目: 秒	1回目: 1	1回目: 2	1回目: 2	1a: 嚥下無、ムセ無、湿サ声or呼吸変有		
2回目: 3秒	2回目: 秒	2回目: 2	2回目: 2	2回目: 4	b: 嚥下無、ムセ有		
3回目: 6秒	3回目: 秒	3回目: 4	3回目: 3	3回目: 3	2: 嚥下有、ムセ無、呼吸変有		
4回目: 8秒	4回目: 秒	4回目: 4	4回目: 4	4回目: 4	3a: 嚥下有、ムセ無、湿サ声有		
5回目: …秒	5回目: 秒	5回目: 5	5回目: 5	5回目: 5	b: 嚥下有、ムセ有		
計 6回	計 回	計: 3回	計: 1回	計: 2回	4: 嚥下有、ムセ無、呼吸変・湿サ声無		
結果: 問題なし		Lv: 5	Lv: 5	Lv: 5	5: 4+追加嚥下が30秒以内に		
		結果: 5			2回可能		
【咳反射テスト】基準: 1分間に5回ムセが出現すれば特に問題なし							
3(15・36・42)回/60秒							
結果: 低下あり サイレントアスピレーション疑いあり。							
◆コメント							
今回がST2回目のポートの介入となります。							
咬合力の明らかな低下が確認されています。咬合力の測定器で測定不能なレベルです。硬いものの咀嚼は難しいと判断出来ます。							
咳反射テストで成績の低下が確認されています。サイレントアスピレーションの可能性が有ります。							
20△△/△/△にVF検査実施。 VF検査コメント。							
わずかな喉頭蓋谷部残留を認めますが、喉頭侵入や誤嚥はほとんどありません。							
舌圧の低下が認められますが、食事摂取方法は軟飯スライスカットの現状維持が良いと思います。							
御本人に嚥下評価の結果を説明し、学校でも軟飯一口大(小指爪程) パン粥に変更した方が良いことを説明しました。							

<評価結果> 前回との比較	<指導内容>
<p>◆食事形態(病院食)</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし</p> <p><input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食</p> <p><input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 経管</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	<p>自宅では硬さによって一口大の大きさを変更しているとのことでした。</p> 
<p>◆口腔機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変化あり <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし</p> <p>変化ありの場合: <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 噛む力 <input type="checkbox"/> 舌の力</p> <p><input type="checkbox"/> 口を開けた時の縦幅</p>	<p>前回と同様に噛む・舌の力の著しい低下が確認されました。噛む力は測定不能なほど低下が確認されました。</p>
<p>◆咽頭機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>	<p>特に変化はありませんでした。</p>
<p>◆咳反射機能</p> <p><input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし</p>	<p>咳反射機能とは、通常空気が入ることのない気管内に食べ物などが入るとむせたり、咳こんだりして異物を外に出そうという体の防衛反応のことです。</p> <p>前回と同様に咳反射能力の低下が確認されました。</p>
<p>《食形態の変更》</p> <p><input type="checkbox"/> 現状で問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 変更必要</p> <p><input type="checkbox"/> 形態の変更不必要だが注意点あり</p>	<p>噛む力、舌の力が低下しています。食事を軟らかいものに変更する必要があるとあります。ごはんは軟飯以下、おかずは軟らかい物を一口サイズより小さくする必要があります。</p>
<p>◆コメント</p> <p>前回と同様に噛む力の低下が確認されていますので、硬い食べ物になると噛みきれない事が有ると考えられます。詳しい飲み込みの検査では一口サイズ(小指の爪程)が理想であるといった結果でした。咳反射能力の低下も確認されています。気管に食べ物が入ってもムセが起り難く、肺炎になる可能性が強くなります。噛む力の低下、舌の力の低下、咳反射機能の低下が有りますので、食べやすい・飲みやすい食形態に変更する事が必要と判断されます。食事中にムセが毎回出るようになったり、原因不明の発熱等が続きましたら、誤嚥(気管に食物が入ること)の可能性が有りますので、主治医に相談・報告して下さい。</p>	

## 児童指導員によるサービス

### はじめに

ポートサービスにおける心理・福祉相談支援は、当院では児童指導員(療育指導室)が担当しています。心理的な支援として心理発達知能検査を行い、また福祉支援として本人または家族と個別福祉面談(以下、福祉面談)をポートサービス利用期間内に行います。現状の在宅生活において、見直しが必要な事柄や、本人、家族の希望など、それぞれの検査や面談で把握した内容を踏まえ相談に応じ、必要時には関係機関との連携も図り、支援を行います。

### 1. 手順

2日目の15:00から心理発達知能検査を実施します。福祉面談は、アセスメントシート(☆別紙1)を用いて、本人または家族に聞き取りを行います。検査の結果や福祉面談によって抽出された課題に対して、助言を行い、報告書(☆別紙4)を作成します。

### 2. 評価内容

#### ◆心理発達知能検査

主なバッテリー:WAIS-Ⅲ、WISC-Ⅲ、田中ビネー知能検査 V

#### ①実施前に過去の検査実施状況を確認します

- ・いつ実施したか …前回より間隔が空いてない場合は実施を検討します。
- ・前回実施時の様子 …環境調整などの特別な配慮が必要です。

#### ②検査時の年齢や検査の目的、病状等を確認し、検査メニューを決定します

- ・現状や前回との比較により、病状の進行に伴う知能面への影響を把握します。また、結果をもとに日常生活への影響を推測し、合同カンファレンス時、本人や家族へのアドバイスをを行います。
- ・その他、検査が必要となる場合として、就学関係、療育手帳申請、成年後見制度利用などがあります。
- ・身体機能の制限があり、動作性検査が実施困難な場合は、言語性検査のみ実施します。

#### ③本人の同意を得て実施します

- ・実施に際しては、実施の目的を本人に伝え、同意を得ます。
- ・結果についてはカンファレンス時に説明することを伝えます。詳細を知りたい場合は、本人または家族から医師に希望してもらうよう伝えます。

#### ④報告書を作成し、医師へ提出します

- ・検査実施不可の場合も、その旨報告書を作成し、医師へ提出します。

#### ◆福祉面談

#### ①実施前に前回の記録やカルテなどからある程度現状を把握しておきます

#### ②アセスメントシート(☆別紙1)に沿って、本人または家族に面談を実施します

- ・過去に利用したことがある方は、変更点がないかも踏まえ現状を再確認します。

③面談の中で必要と思われる項目に対しては、情報提供や連絡調整を行います(経過は☆別紙3に記載)

・その際、本人または家族の希望を聞きながら慎重に行います。

④ポートサービス利用に関して履歴(☆別紙2)に記載します

#### ◆最終日カンファレンス

・心理発達知能検査、また福祉面談から抽出された生活課題への対応について助言します。

#### ◆退院後の報告書(☆別紙4)

・地域生活支援センターや学校から報告書の要求があった場合、本人・家族の了承のもと、送付します。

### 3. 評価時の注意点

#### ◆心理発達知能検査

・検査の実施にあたり、患者が「私は頭が悪いから」などと不快感を示す場合もあります。そのために、事前に検査の目的・内容を本人または家族に説明する必要があります。それでも拒否される場合は、検査結果にも影響するため、無理して実施せず、その旨、医師に報告します。

・検査中は患者の体調等に変化がないか配慮します。

・検査が長時間にわたり、苦痛を伴うこともあるので、場合によっては数回に分けて実施するようにします。

・“わからないこと”を問う作業であり、検査中の患者の様子をみながら、中止や数回に分けて実施することなど配慮する必要があります。

#### ◆福祉面談

・アセスメントシート(☆別紙1)には必要と思われる項目を列挙しているので、本人に該当しない項目については話題にしないようにします。

・他の職種からも様々な質問(本当はあまり言いたくないことも含めて)を受けているということを意識して、面談を行います。

・初めて利用される方は、家庭の事情等を詳細に話さなくてはいけないことに戸惑う場合もあるため、実施前に面談の目的を伝える必要があります。

#### ◆報告書

・本人、家族が理解しやすいよう、専門用語はできるかぎり使わないようにします。

・コメント欄に心理検査の得点などをどの程度詳細に報告をするかは個別の配慮が必要です。

### 4. 最終日カンファレンス時に指導する際の注意点

・検査の結果や面談内容への助言を行う場合は、端的にわかりやすく、専門用語は使わないなどの基本的な配慮が必要です。

・本人、家族の他に(学校の先生やヘルパーなど)カンファレンス参加者がいる場合は事前に把握しておきます。また、支援機関(学校、ヘルパーなど)から病院スタッフに対して、「病院の専門職」という立場から本人、家族へより効果的な助言をしてほしいという要望が出される場合もあり、その都度検討し、必要な支援を行います。

5. 評価用紙および記入例  
(別紙1)

ポータルサービスアセスメントシート(福祉・心理部門)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日現在

基本事項	I D		ふりがな 氏名				
	性別	男・女	生年月日	( 歳)	行政機関		
	診断名	告知・未告知			職業・学校		
	身体障害者手帳	なし・あり( 級 )・手続き中			(障害名)		
	療育手帳	なし・あり( - )・手続き中					
	精神保健福祉手帳	なし・あり( 級 )・手続き中					
	障害福祉サービス受給者証	なし・あり(区分 )・手続き中			(利用サービス)		
	介護保険	対象外・なし・あり(認定 )・手続き中					
	年金	なし・あり (種類)					
	各種手当	なし・あり (種類)					
重度障害者医療	なし・あり	生活保護	なし・あり	担当ケースワーカー			
家族状況					連絡先		
					(住所)		
					(連絡先)		
					備考		
関係機関	名称		利用目的	利用頻度	担当者・連絡先		
ADL / 心理検査	移動	独歩・杖など使用 手動WC・電動WC	心理検査				
			実施日	検査名	FIQ	VIQ	PIQ
	食事	自力・一部介助・全介助					
	排泄	自力・一部介助・全介助					
	入浴	自力・一部介助・全介助					
	更衣	自力・一部介助・全介助					
日常生活用具・補装具	現在使用しているもの		住宅環境	<input type="checkbox"/> 戸建住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階 EV・階段 ) <input type="checkbox"/> 改修済み <input type="checkbox"/> 未改修 <input type="checkbox"/> 改修不可			
	作製日			備考			
	現在作製進行中のもの						

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 療育指導室

ポートサービスアセスメントシート(福祉・心理部門)

H23年 9月 16日現在

基本事項	ID	12345678		ふりがな氏名	おおむた たるお 大牟田 太郎		本人への告知については事前にカルテ等で確認しておく。	
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	生年月日	S59.11.1		26 歳	
	診断名	<input checked="" type="radio"/> 告知・未告知 デュシェンヌ型筋ジストロフィー			職業・学校	無職		
	身体障害者手帳	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり( 級 )・手続き中			(障害名)	障害者手帳および受給者証の内容より書き写す。		
	療育手帳	<input checked="" type="radio"/> なし・あり( - )・手続き中			筋ジストロフィー	呼吸機能障害		
	精神保健福祉手帳	<input checked="" type="radio"/> なし・あり( 級 )・手続き中						
	障害福祉サービス受給者証	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり(区分 5 )・手続き中			(利用サービス)	居宅介護		
	介護保険	<input checked="" type="radio"/> 対象外・なし・あり(認定 )・手続き中						
	年金	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり		(種類)	障害基礎年金1級		経済的な支援を視野に入れ、情報提供も含めて確認する。	
	各種手当	<input checked="" type="radio"/> なし・あり		(種類)				
重度障害者医療	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり		生活保護	<input checked="" type="radio"/> なし・あり		担当ケースワーカー		
家族状況					連絡先	生活保護の場合、ケースワーカーとの連携が必要な場合がある。		
					(住所)	××県××市××区××-××-××		
					(連絡先)	012-××-××××××		
関係機関	名称	利用目的	利用頻度	担当者・連絡先				
	中央病院 神経内科	NPPV管理	月1回	111-1111 田中msw				
	南リハビリテーションセンター	訪問リハ	週3回(月・水・金)	222-2222 佐藤msw				
	Aヘルパーセンター	訪問入浴	毎日	利用中の医療機関、施設、事業所などを記入する。				
ADL/心理検査	移動	独歩・杖など使用 <input checked="" type="radio"/> 手動WC・ <input checked="" type="radio"/> 電動WC	実施日	検査名	FIQ	VIQ	PIQ	
	食事	自力・一部介助・ <input checked="" type="radio"/> 全介助	H20.8.1	WAIS-III	87	90	83	
	排泄	自力・一部介助・ <input checked="" type="radio"/> 全介助						
	入浴	自力・一部介助・ <input checked="" type="radio"/> 全介助						
	更衣	自力・一部介助・ <input checked="" type="radio"/> 全介助						
日常生活用具・補装具	現在使用しているもの	住宅環境	<input type="checkbox"/> 戸建住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅( 6階 <input checked="" type="radio"/> EV・階段 ) <input checked="" type="checkbox"/> 改修済み <input type="checkbox"/> 未改修 <input type="checkbox"/> 改修不可					
	電動車いす		<input checked="" type="checkbox"/> 改修済み <input type="checkbox"/> 未改修 <input type="checkbox"/> 改修不可					
	作製日 H17.4.1		(備考) 自治体の住宅改修費制度を利用し、1年前に改修済み					
	現在作製進行中のもの		(備考) 自治体の住宅改修費制度を利用し、1年前に改修済み					
	新しい電動車いすを申請中		(備考) 自治体の住宅改修費制度を利用し、1年前に改修済み					

生活の全体像を把握し、支援の必要性を検討する。

補装具には、耐用年数もあるため、作製日も確認しておく。

改修履歴または予定を確認する。制度を利用した場合は、記入しておく。







ポートサービス 心理・福祉相談報告

氏名: \_\_\_\_\_ 様

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

面談・検査実施日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

◆現状確認◆

確認項目	有 無	内 容
福祉サービス	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
関係機関	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
生活状況(家庭、生活動作、住宅)	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
日常生活用具、補装具	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
心理検査	実施 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

◆支援実施◆

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内 容
<input type="checkbox"/> 福祉サービス <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 窓口紹介 <input type="checkbox"/> 内容説明 <input type="checkbox"/> 業者紹介 <input type="checkbox"/> 手続き方法 <input type="checkbox"/> 支援センター	
<input type="checkbox"/> 生活 ( <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 各種手当 <input type="checkbox"/> 保険 ) <input type="checkbox"/> 住宅 ( <input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> 改造助成 ) <input type="checkbox"/> 日常生活用具・補装具 ( <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 車いす )	

◆連絡調整◆

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	課・施設名	内 容
<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 支援センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他		

◆コメント◆

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 療育指導室  
担当 \_\_\_\_\_

## ポータルサービス 心理・福祉相談報告

氏名： 大牟田 太郎 様

平成 23年 9月 23日

面談・検査実施日 平成 23年 9月 17日

## ◆現状確認◆

確認項目	有 無	内 容
福祉サービス	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
関係機関	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
生活状況(家庭、生活動作、住宅)	変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
日常生活用具、補装具	新規利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	新しい電動車いす申請中
心理検査	実施 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	検査名

## ◆支援実施◆

<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	内 容
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉サービス <input checked="" type="checkbox"/> 情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> 窓口紹介 <input type="checkbox"/> 内容説明 <input type="checkbox"/> 業者紹介 <input type="checkbox"/> 手続き方法 <input type="checkbox"/> 支援センター	ご家族の休息や遠方への外出などに備え、ショートステイとして日常的に利用できる病院や施設を探しておかれることに関して情報提供等をさせていただきました。
<input type="checkbox"/> 生活 ( <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 各種手当 <input type="checkbox"/> 保険 ) <input type="checkbox"/> 住宅 ( <input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> 改造助成 ) <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活用具・補装具 ( <input type="checkbox"/> 自助具 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす )	車いす申請後の流れについてご説明させていただきました。

## ◆連絡調整◆

<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	課・施設名	内 容
<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 支援センター <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他		今後必要に応じて調整させていただきます。

## ◆コメント◆

今回は主に車いす申請後の手続きの確認と日常的に利用できる場所の検討についてお話をさせていただきました。

車いすに関しては、市役所から給付決定の通知が届いたらご連絡ください。その後、業者に連絡し、作製が始まることとなります。

また、これまでショートステイ等は利用されたことがないとのことでしたが、急なご家族の都合等により介護する方が不在になったり、時にはご家族の休息として利用できる場所をどこか確保しておくことについておすすめします。当院をはじめ、近隣の施設の利用を検討され、実際に利用してみて、緊急時に安心して過ごすことができる場所を探していきましょう。何かありましたら、いつでもご連絡ください。

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 療育指導室

担当 ○○○○

# 薬剤師によるサービス

## はじめに

筋ジストロフィーの患者は、筋ジストロフィーの病型や年齢、基礎疾患などにより、服用している薬の種類や投与方法は様々である。また、患者の嚥下能力、薬への理解度にも差がある。このため、薬への理解が不十分であったり、投与方法や薬の剤形などが不適切であったりすると服薬アドヒアランスが著しく低下する可能性がある。

そこで服薬アドヒアランスの向上、維持を目指して主に以下の活動を行っている。

## 手順

### 1) 服薬状況の確認

持参薬の鑑別、患者及びその家族などへの面談を行う。面談では別紙1の内容を確認する。これにより、服薬に関する問題点、改善点を把握する。

### 2) 処方内容の説明

服用中の薬剤について患者または薬剤の管理者が薬効、用法、副作用などの説明を受け、服薬意義を理解することにより服薬アドヒアランスを良好に維持するように努める。

### 3) 医師への提案

確認した内容や多職種からの情報などを基に患者それぞれに合った薬剤や投与方法、剤形の検討を行い、必要であれば医師へ提案を行う。

### 4) カンファレンス

多職種からの情報や意見をもとに検討する事項がある場合は検討をする。現在服用中の薬剤について患者または薬剤の管理者に対し、再度用法用量、効果、副作用、日常生活での注意点などを説明する。また、多職種間で検討した内容で患者に説明が必要な事項がある場合は説明をする。

### 5) 報告書の提出

現在の処方内容や今回のポート入院での変更点、日常生活で気をつけることなどを報告書としてまとめ、提出する。報告書は別紙2の様式を用いる。

## 評価内容

評価用紙(別紙1)の内容について評価する。

#### 評価用紙・報告書の記載時の注意点

評価用紙(別紙 1)および報告書(別紙 2)は各々の記入例を参考に作成する。

#### 最終日カンファレンス時の指導する際の注意点

カンファレンスでは、多職種スタッフに対し、患者が現在服用中の薬剤について用法用量、問題点などを説明する。過去に入院歴がある場合は、前回入院時と比べて変更があった薬剤についても報告する。また多職種からの情報や意見をもとに検討する事項がある場合は検討をする。

また患者に対して、現在服用中の薬剤について、患者または薬剤の管理者に対し、再度用法用量、効果、副作用、日常生活での注意点などを説明する。また、多職種で検討した内容で患者に説明が必要な事項がある場合は説明をする。

(別紙1)  
評価用紙

患者名 \_\_\_\_\_ 様 回答者 \_\_\_\_\_

項目	質問	回答	コメント
薬の管理者	薬は誰が管理しているか？	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )	
薬の理解度	薬効は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 半分ほど <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	
	用法は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 半分ほど <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	
投与方法	剤形は？	<input type="checkbox"/> 錠剤のみ <input type="checkbox"/> 錠剤＋粉薬 <input type="checkbox"/> 粉薬(液剤)のみ <input type="checkbox"/> 内服なし	
	投与経路は？	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> その他	
	薬の服用に介助を必要としているか？	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	投与方法にこだわりはあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
飲みにくさ	飲みにくさはあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	味・におい気になるか？	<input type="checkbox"/> ならない <input type="checkbox"/> なる	
服用の煩雑さ	剤数・回数などに問題は感じているか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
副作用	副作用の経験は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 以前あり <input type="checkbox"/> 今もあり	
アレルギー	アレルギーは？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
禁忌薬	禁忌薬はあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
サプリメント	健康食品・サプリメントの摂取はあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
市販薬	市販薬の使用は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
コンプライアンス	飲み忘れることはあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
お薬手帳	お薬手帳は持参しているか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるが持参なし <input type="checkbox"/> なし	
周囲の把握・協力	身近に薬について把握している人はいるか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
薬に対する偏見	薬に対して不安・思い込みはあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
薬に対する要望	薬に対して何か要望はあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
その他			

項目	質問	回答	コメント
薬の管理者	薬は誰が管理しているか？	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )	母
薬の理解度	薬効は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 半分ほど <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	
	用法は？	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 半分ほど <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	
投与方法	剤形は？	<input checked="" type="checkbox"/> 錠剤のみ <input type="checkbox"/> 錠剤+粉薬 <input type="checkbox"/> 粉薬(液剤)のみ <input type="checkbox"/> 内服なし	
	投与経路は？	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> その他	
	薬の服用に介助を必要としているか？	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	投与方法にこだわりはあるか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
飲みにくさ	飲みにくさはあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	錠剤が大きいので飲みにくい
	味・におい気になるか？	<input checked="" type="checkbox"/> ならない <input type="checkbox"/> なる	
服用の煩雑さ	剤数・回数などに問題は感じているか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
副作用	副作用の経験は？	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 以前あり <input type="checkbox"/> 今もあり	1ヶ月前に
アレルギー	アレルギーは？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
禁忌薬	禁忌薬はあるか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
サプリメント	健康食品・サプリメントの摂取はあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	青汁
市販薬	市販薬の使用は？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
コンプライアンス	飲み忘れることはあるか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
お薬手帳	お薬手帳は持参しているか？	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるが持参なし <input type="checkbox"/> なし	
周囲の把握・協力	身近に薬について把握している人はいるか？	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ヘルパー
薬に対する偏見	薬対して不安・思い込みはあるか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
薬に対する要望	薬に対して何か要望はあるか？	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	大きい錠剤はつぶしてほしい
その他			



別紙2

薬剤科報告書

氏名 \_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 年 月 日

1)お薬の内容

薬品名	用法・用量

2)現状確認

- ・市販薬 有 無 ( \_\_\_\_\_ )
- ・健康食品 有 無 ( \_\_\_\_\_ )
- ・薬剤副作用発現歴 有 無 (薬品名: \_\_\_\_\_ 症状/時期: \_\_\_\_\_ )
- ・アレルギー歴 有 無 (原因物質: \_\_\_\_\_ 症状/時期: \_\_\_\_\_ )
- ・禁忌薬 有 無 (薬品名: \_\_\_\_\_ )
- ・お薬手帳 有 無

3)入院時の変更薬品 有 無

・追加薬品 有 無

薬品名:	用法・用量:
------	--------

・用法、用量変更薬品 有 無

薬品名:	用法・用量:
------	--------

・中止薬品 有 無

薬品名:
------

4)保管方法

--

5)その他 (生活上の注意点等)

--

独立行政法人国立病院機構 大牟田病院  
薬剤師

別紙 2 記入例

薬剤科報告書

氏名 ○○ ○○ 様

○年○月○日

1)お薬の内容

薬品名	用法・用量
コナン錠 10mg	朝食後 1 回 1 錠
ワンアルファ錠 0.25μg	朝食後 1 回 1 錠

2)現状確認

- ・市販薬 有 無 ( )
- ・健康食品 有 無 ( 青汁 )
- ・薬剤副作用発現歴 有 無 (薬品名: 症状/時期: )
- ・アレルギー歴 有 無 (原因物質: 症状/時期: )
- ・禁忌薬 有 無 (薬品名: )
- ・お薬手帳 有 無

3)入院時の変更薬品 有 無

・追加薬品 有 無

薬品名: アーチスト錠 2.5mg	用法・用量: 朝食後 1 回 1 錠
-------------------	--------------------

・用法、用量変更薬品 有 無

薬品名:	用法・用量:
------	--------

・中止薬品 有 無

薬品名:
------

4)保管方法

直射日光、熱、湿気を避けて保管してください。
------------------------

5)その他 (生活上の注意点等)

<p>今回の入院時にアーチスト錠 2.5mg が追加になっています。飲み始めて、めまい・ふらつき・体がだるいなど普段と異なる症状がある場合は、病院を受診してください。</p> <p>錠剤が飲みにくい場合は、錠剤を粉砕したり、他の剤形に変更することもできます。薬剤師に相談してください。</p> <p>健康食品の青汁は、お薬によっては飲み合わせが悪い場合があります。新たにお薬が始まるときは、薬局などで確認してください。病院を受診の際は必ずお薬手帳を持参してください。</p>
---

独立行政法人国立病院機構 大牟田病院

薬剤師 ○○ ○○

## 上記以外のサービス

臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー

人工呼吸器の自宅での使用における本人及び家族の技術的習熟度の向上、滞りのない病診連携においてこれらの職種的重要性は言及するまでもないが、本ポートサービスにおいては常に全ての患者において関わるというわけではないことより、本サービスにおいては准メンバーとして協力を仰いでいます。

# さいごに

本マニュアルは、当初本病院のスタッフの経験の差を縮めることができないかということで、作り始めたものでした。これを国立病院機構刀根山病院 名誉院長 神野 進先生に助言をいただき、広く活用できるもの为目标に作ってまいりました。

また、今回の改定に当たり、多くの方に助言をいただきましたことを、ここに記させていただきます。

2011年12月

本冊子につきまして、ご不明な点がございました際には、いつでも結構ですので、担当者までご連絡いただければ幸いです。