

厚生労働省

平成23年度障害者総合福祉推進事業

精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の
地域連携の推進に関する調査事業

平成24(2012)年3月



社団法人日本精神保健福祉士協会

Japanese Association of Psychiatric Social Workers

報告書作成にあたって

わが国の高齢化は世界に類を見ない速さで進行しており、家族構成や産業構造の変化、コミュニティの脆弱化および人口減少などを伴い、認知症のある方をはじめ医療や介護を要する高齢者への支援は、大変大きな課題となっている。

厚生労働省老健局が2002（平成14）年に実施した将来推計によると、2005（平成17）年の要介護認定が自立度Ⅱ以上の認知症患者数は169万人、2015（平成27）年には250万人とされた。また、2008（平成20）年の患者調査による年次推移をみると、1996（平成8）年に11万人であった認知症患者数が2008（平成20）年には38万人まで増加し、外来患者が約30,6万人、入院患者が約7,5万人となっている。介護保険制度が始まって既に10年余経過したが、認知症患者数の増加に伴い、近年は認知症のある方の生活支援が、医療と介護にまたがった大きな課題となってきている。

精神病床入院患者の疾病別内訳を見ると、統合失調症患者は自然減や退院促進、地域移行支援等が一定進んでいることなどもあり減少傾向にあるが、認知症患者は増加傾向にある。このまま進展すると、精神科病院では認知症患者に提供すべき医療の役割を超えて、統合失調症等患者の減少によって生まれた空床を埋めるべく積極的に認知症患者を受け入れることから新たな社会的入院を生むことが危惧された。

認知症患者に対し精神科医療が果たすべき役割等を検討するために、厚生労働省で2010（平成22）年の4月から開催されている「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第2ラウンドでは「認知症と精神科医療について」が検討され、とりまとめが2011（平成23）年11月29日に公表された。とりまとめでは、認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とし、できる限り地域の生活の場で暮らせるような支援とするために、連携パスなどの取組みを進めることとしている。

社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、本協会とする）は、厚生労働省の2011（平成23）年度障害者総合福祉推進事業の補助金を得て、「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業」（以下、本事業とする）に取り組むこととなった。精神症状等を有する認知症患者の地域生活を支える医療支援・サービスのあり方について、地域における実践事例や実態調査を踏まえ、精神科病院や地域の介護保険サービス事業所（以下、事業所）等との連携方策、患者像とそれに対するサービス提供のあり方の提言に資する調査検討の実施をめざした。事業成果として開発したパス等と活用方法について記したガイドブックを添えて報告をとりまとめるに至ったのでご高覧頂ければ幸いです。末尾ながら検討委員会構成員をお務めいただいた方々と、調査等実務を担った事業担当者の皆さまへの感謝を申し上げます。

是非とも認知症の方の支援に携わる現場の皆さまにご活用いただき、有効な支援ツールとなるような改善を図っていきたいと考える。ご活用いただくそのプロセス自体が支援を豊かにすることに資すると考える次第である。

2012（平成24）年3月31日
社団法人 日本精神保健福祉士協会

目 次

「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の 地域連携の推進に関する調査事業」

第1章 事業概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

- I 本事業の目的 1
 - 1. 本事業の取り組み経緯 1
 - 2. 本事業の目的 1
- II 事業要旨 3
- III 事業内容 4
 - 1. 基礎調査 4
 - 2. ヒヤリング調査 5
 - 3. 試行調査 8
 - 4. 研修 9

第2章 認知症の方の退院支援における今後の課題・・・・・・・・ 17

- I パスの普及啓発に関する課題 17
 - 1. 本人や家族とのかかわり重視が前提にあるパスの活用 17
 - 2. パス活用における機関内、地域内のチームとしての視点 17
 - 3. パス活用のために求められる人材育成とパス有効性の検証 18
- II パスでは解決困難な資源整備や制度的課題 18
 - 1. 資源の不足 18
 - 2. 制度的な課題 18
 - 3. 家族支援および経済的な状況からの課題 19
 - 4. 支援者の質に関する課題 19
 - 5. 地域自治体の取り組み姿勢に関する課題 19

資 料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

- 1. 検討委員会 20
- 2. 事業担当者 21
- 3. 調査事業協力者一覧 22
- 4. 調査票 23
 - (1) 情報シート（ヒヤリング調査） 23
 - (2) 演習用事例（研修） 24
 - (3) 演習用シート（研修） 25
 - (4) アンケート（研修） 26

●執筆者

- 岩尾 貴（石川県健康福祉部障害保健福祉課） 第2章
- 大塚 淳子（社団法人日本精神保健福祉士協会） 第1章－I、III－4
- 國重 智宏（社団法人日本精神保健福祉士協会） 第1章－II、III－1～3

第1章 事業概要

I 本事業の目的

1. 本事業の取り組み経緯

本協会は、精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進めることを活動方針に掲げており、高齢精神障害者の生活支援や権利擁護の課題に対しても積極的な関与の必要性を認識している。2008(平成20)年度には、本協会に設置する保険・診療報酬委員会の介護保険小委員会において、対象を東海・北陸ブロックの構成員に限定したものであったが「認知症を有する高齢者の生活課題への精神保健福祉士の取り組み状況に関する調査」を行い、以下のような結果を得た。

昭和50年代頃より認知症高齢者を抱え、介護に疲れ果てた家族等がやむを得ず精神科に相談し、認知症高齢者が入院するというケースが増えた。精神科に入院した認知症高齢者は「何もわからない人」「処遇困難な人」と捉えられ、薬物療法によって行動抑制される状況が続いた。一方で、このような実態に疑問を感じ、時間をかけてかかわることで認知症高齢者の行動の意味を理解しようとするPSW（※国家資格成立以前についてはPSWと記載）の存在もあった。PSWや精神保健福祉士のかかわりの実践によって認知症高齢者の言動はその人が望む暮らしや思いの表れであること、周囲の理解や支援によってその人らしくなじみの暮らしを継続することが可能であることが明らかにされてきた。実際、調査協力をした精神保健福祉士の多くが高齢者問題に取り組んでおり、認知症高齢者の望む暮らしの実現や権利の保障を考える上で、精神保健福祉士のかかわりが有効であると感じていることがわかった。しかし、認知症高齢者の自己決定の保障や家族や地域等との関係調整等において困難を感じている精神保健福祉士も少なくなかった。調査で明らかになった実態を踏まえ、精神保健福祉士の専門性を活かすために地域包括支援センター等高齢者施設における精神保健福祉士配置に対する要望の取り組み等の活動を協会として取り組み始めた。また、認知症に関する課題別研修の実施も開始し、今後、本協会として増加を続ける認知症疾患への支援課題への取り組みについて継続的に検討を行う必要性を認識し始めた。そのような経緯もあり、「平成23年度障害者総合福祉推進事業」に応募し取り組みを行ったものである。

2. 本事業の目的

厚生労働省は2009(平成21)年9月に「今後の精神保健医療福祉の在り方等に関する検討会」報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を公表した。検討の各種提示資料には、認知症患者に関する統計資料や分析も多くあった。外来患者数の変化を2005(平成17)年と1999(平成11)年の比較でみると14,4万人(153%)と倍以上の増加がみられた。入院患者の疾患別静態分析における同比較においては、認知症患者が1,5万人(42%)増えており、高齢化の進行を踏まえると、今後、精神病床において認知症を主傷病とした入院患者の更なる増加の可能性が言及された。入院期間に関しても、認知症患者については、1年未満でも同年次比較で1,1万人(43%)増、1年以上5年未満では1,2万人(53%)増であった。このようなことから、増加する認知症患者への入院医療の在り方の検討が課題とされたのである。

特に認知症の入院患者については、6割強がADLへの濃厚な支援が必要とされているという。また、90日を超えて認知症の精神科専門病棟に入院する患者のうち約5割弱が退院可能とされており、退院に結びつかない理由として「転院・入所順番待ち」が約54%というデータも提示された。認知症患者で「近い将来退院の可能性なし」とされた患者は約4割程度だが、退院可能性がない主な理由は「セルフケア能力の問題」が5割強に上っている。このように、認知症患者の退院を阻む理由には、精神症状以外の側面も見受けられ、ADLやIADLへの支援を必要とする

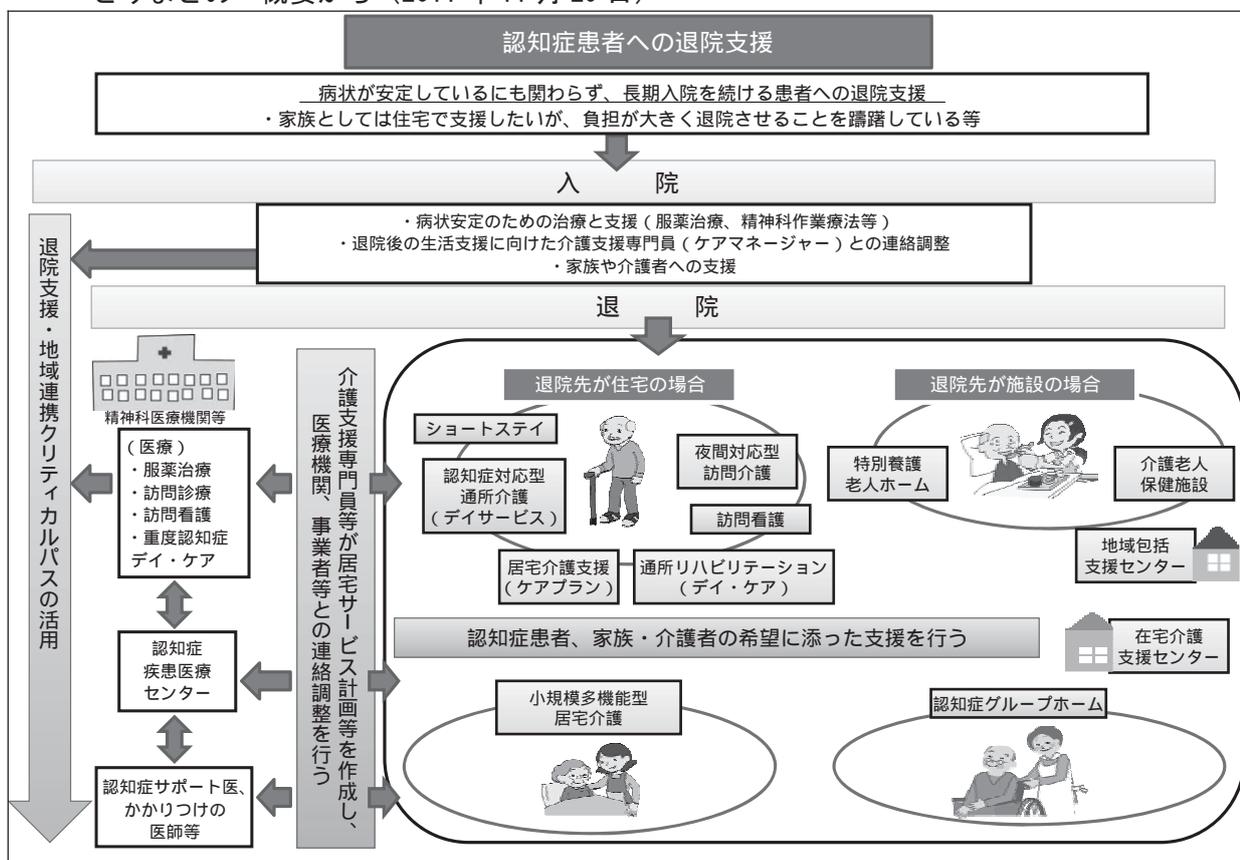
方々にふさわしい支援や生活の場の確保が課題であるとされた。一方、精神保健医療体系に関しては、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中にはBPSD等の症状の消退後等にも、退院先の確保待ちや、セルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要さない状態でも入院を継続している者が存在している、と記されている。

このような課題等を受けて、2010（平成22）年4月から開催された「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第2Rでは「認知症と精神科医療」に関して議論され、翌年の11月29日に同テーマに関するとりまとめが公表された。認知症患者について、いわゆる「社会的入院」の問題が繰り返されないためには、認知症の方に適切な精神科医療を提供することにより、できる限り地域の生活の場で暮らしていけるようにすることが必要とされ、精神科医療の役割として基本的な考え方が7点示された。以下に7点を要約して記す。

1) 専門医療機関による早期鑑別診断が可能な体制整備、2) 入院前提ではない地域生活支援のための精神科医療とするためのアウトリーチや外来機能、および家族や介護者支援の充実、3) BPSD や身体疾患の合併による入院必要時の速やかな症状軽減と退院促進を可能とする医療提供体制整備、4) 症状面から退院可能な認知症の方の地域生活支援のための介護保険サービス等包括的、継続的なサービス提供推進等、地域の受入れシステム作りの推進、5) 退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取り組みの推進、6) 入院継続が必要な方に対する療養環境に配慮した適切な医療提供、7) 地域の中で、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な役割

特に BPSD を伴う認知症患者への円滑な医療の提供の提供（地域連携）と、認知症に対する医療側と介護側の認識を共有化するための取り組みにおいて、退院支援・地域連携クリティカルパスの推進が重要とされている（図1参照）。

図1 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第2R：認知症と精神科医療）とりまとめ 概要から（2011年11月29日）



本協会は 2007 から 2008 年度と厚生労働省の補助金事業の一環で、統合失調症の方など長期入院患者を中心とした精神障害者の退院促進支援事業、地域移行支援事業に関する取り組みの調査を実施してきた。その際、医療提供側と地域生活支援側の認識の共有や共通言語による協働について課題があることが明らかにされた。また、退院促進支援や地域移行支援事業の着手や実施過程において課題の一つである体制整備のプロセスが始まることも認識された。本事業でも同様、パスは支援ツールであり、作成や記入が目的ではなく、プロセスに協働や連携の意味や効果が大きいものである。

本事業において、BPSD を中心とした症状の軽減を精神科医療が果たすためには、どのような生活環境や介護環境にあったのか、家族、地域の相談機関や事業所、医療機関が入院前から情報を共有化することにより、入院時から入院中にかけて、症状軽減後の退院先として選択可能な場や環境、支援メニューなど、退院に向けた支援計画を協働して作成していくことが可能となることを念頭に、ヒヤリングや退院支援・地域連携パス（以下、パス）の開発を行った。既に電子カルテの導入等、医療機関内での情報共有が一定程度行われている機関もあったが、医療機関内で情報を共有していても、地域関係者とは共有できていないことや、地域関係者側は介護保険報酬によって情報提供の促進がなされても、医療機関側にそのような報酬がこれまでなく、医療情報が地域関係者に不足がちなことや、見立てや用語の違い等連携の阻害要因など課題が散見された。限られた期間での調査で、課題の抽出や、パスの項目精査にも限界があったため、まずは作成したパスと活用ガイドブックを現場のスタッフに利用していただき、改善を図りながら認知症のある方の退院支援や地域連携に資するものになることを願う。

II 事業要旨

(1) 検討委員会の設置及び開催

医師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士等8名から構成される検討委員会を3回開催し、「退院支援・地域連携パス（案）」や調査事業等の検討等を行うこととした（p.20参照）。

(2) 事業担当者会議の開催

本協会構成員等9名で構成される事業担当者会議を6回開催し、ヒヤリング調査やツール（退院支援・連携パス及びガイドブック等）作成、作成ツールの試行、研修の企画・実施を行う（p.21参照）。

(3) 基礎調査

- ①調査目的：「退院支援・連携パス」を利用している、あるいは事業所との連携を通じ、認知症の方の退院支援に顕著な実績を挙げている精神科病院等に、パスの内容（実施期間、対象患者数、関連施設等）や事業所との連携状況等の聞き取りを行い、円滑で効果的な連携システムの在り方を導き出す。
- ②調査方法：電話による聞き取り
- ③調査対象：認知症の方の退院支援を行っている医療機関29ヶ所
- ④調査時期：平成23年8月から平成24年1月

(4) ヒヤリング調査

- ①調査目的：「退院支援・地域連携パス（案）」の支援項目等を抽出するために、先駆的实践を行っていると思われる精神科病院と事業所との地域連携の事例について聞き取りを行った。
- ②調査方法：訪問による聞き取り

③調査対象：認知症の方の退院支援を事業所と連携しながら実施している精神科病院と連携先の事業所

④調査時期：平成23年9月から10月

(5) 試行調査

①調査目的：「モデル退院支援・連携パス（案）」を用いた試行調査を実施した。試案の有効性を分析し、内容調整を行う。

②調査方法：郵送によるアンケート調査

③調査対象：ヒヤリング調査対象機関及び認知症の方の退院支援に積極的に取り組んでいる精神科病院

④調査時期：平成24年1月から2月

⑤回収方法：郵送による回収

(6) 研修の開催

①研修目的：本事業で開発した「退院支援・地域連携パス」の活用方法及び活用するための基礎知識の習得を通して、認知症の方の退院支援の質の向上を図ると共にパスの普及啓発を目指す。また、演習並びにアンケート調査の結果を踏まえ、パス及び活用ガイドブックの修正を行う。

②研修名称：「認知症の人の『退院支援・地域連携パス』研修」

③日程及び会場：平成24年3月2日（金）から3日（土）

会場・日本交通協会 大会議室（東京）

平成24年3月9日（金）から10日（土）

会場・堺市民会館 大集会室（大阪）

④研修対象者：認知症の方の退院支援に携わる精神科病院の精神保健福祉士や看護師、事業所の介護支援専門員等

(7) 認知症の人の「退院支援・地域連携パス」及び活用ガイドブックの作成
ヒヤリング調査の結果を踏まえ、及び試行調査、研修アンケート等を踏まえ、認知症の人の「退院支援・地域連携パス」及びガイドブックを作成した。

(8) 報告書の作成

基礎調査及びヒヤリング調査、試行調査の内容を取りまとめ、認知症の方の退院支援に関わる全ての機関、職員の参考となるような知見について報告書として作成した。

III 事業内容

1. 基礎調査

(1) 調査方法

平成23年2月に厚生労働省が精神科の主な病院団体の会員病院及び認知症疾患医療センター（約1700病院）を対象に実施した「認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスに関する調査」では、認知症のクリティカルパスの使用経験については、現在の使用及び過去の経験について「有」と回答した病院は、約1割（65件）であった。

本事業における基礎調査では、上記の調査にも協力している認知症疾患医療センターを中心に

全国29か所の医療機関に対して「退院支援・連携パス」の使用の有無、使用している場合にはパスの使用法や利用者等について電話による聞き取りを行った。併せて、医療機関が抱える認知症患者の退院支援における課題等についても聞き取りを実施した。

(2) 結果

調査対象 29 機関の属性は精神科病院 23、総合病院 6（うち 5 機関は精神科病床有）であり、29 機関中、認知症疾患医療センターを有している機関は 10、認知症治療病棟を有している機関は 14 となっている。設立母体は大学附属が 5、国公立が 4、民間が 20 であった。

認知症患者を対象とした「退院支援・地域連携パス」「クリティカルパス」等の利用の有無については、「既に利用している」が 6 機関、「作成中・試行中」が 4 機関、「検討中」が 2 機関、「パス以外の地域連携用の書式あり」が 3 機関となっている。また、「既に利用している」「作成中・試行中」「パス以外の連携書式あり」と答えた機関のうち、「院内連携用」が 6 機関、「医療-介護連携用」が 4 機関、「医療機関連携用」が 3 機関となっている。

「既に使用している」と答えた 6 機関のうち、2 機関については書式こそあるもの、「現在は使用していない」という回答であった。使用していない理由として『「地域連携パス」を作成したが、施設入所が多いため使用する機会がない。』『「院内クリティカルパス」を作成したが、電子カルテで情報の共有を行えているため、あえてパスを使用しなくなった。』と挙げられていた。

また、「検討中」と答えた機関は「地域連携の必要性を感じているため」という理由を挙げている。「検討していない」機関からは、「必要性は感じているが、日々の業務で精一杯のため、パスを作成する時間が取れない」「新しいことに取り組むことが難しい病院のシステム」「看護サマリーと診療情報提供書で十分連携できる」という理由が挙げられていた。

医療機関が抱える課題としては、「在宅復帰率の低さ」が最も多く 10 機関が課題としていた。「在宅に帰れない」と答えた機関は地方に多く、その理由として「家族の介護力の弱さ」が最も多かった。子供達が都市部に出てしまい「老老介護」となっている、あるいは子供達と同居していても「日中独居」になる、農繁期には介護できない等の理由が挙げられていた。

また、都市、地方に共通して見られた課題として、「入院時期の遅さ」が挙げられていた。精神科医療を利用することなく、限界まで家族や介護職だけで支えるため、家族のみならず介護支援専門員等もひどく疲弊してから精神科病院へ入院する。そのため、家族や介護職も「やっと入院したのに」「もう家には連れて帰れない」「帰したくない」と思い、長期入院や施設入所を希望するという意見が 6 機関から挙げられていた。

一方、「地域との連携システム」「医療機関独自の支援体制」があると回答があった 7 機関に共通しているのは、緩やかに設定されたキャッチメントエリアにおいて、日頃から精神科病院と事業所の密な連携があり、退院支援を行っている様子が推察された。一方で、遠方から入院も多く受け入れている大学病院や国公立病院等では、事業所の情報（支援の質や担当者等）を把握することが難しいことに加え、交通事情等により事業所に訪問してもらうことも、病院から出向していくことも難しいため、退院後だけでなく、入院中の連携体制も築き難い傾向が見られた。

2. ヒヤリング調査

(1) 調査方法

基礎調査を参考に選考基準（表 1 参照）を設定し、まず選定基準①から先駆的实践を行っていると思われる 6 か所の精神科病院を選定した。次に選定基準②に基づき精神科側で 2 事例から 3 事例を選定してもらい、ヒヤリング調査（以下、ヒヤリング）を実施した。精神科病院でのヒヤリング後、選定された事例の支援において精神科病院が連携した事業所を 1 機関から 2 機関紹介してもらい、同じ事例についてヒヤリングを実施した。

調査時期は 2011 年 9 月から 10 月の 2 ヶ月間で、24 機関に対して延べ 39 事例に関するヒヤリングを実施した。調査対象機関の内訳は、精神科病院 6（うち認知症疾患医療センター3）、居宅介護支援事業所 10、地域包括支援センター2、認知症対応型共同生活介護事業所 2、小規模多

機能型共同介護事業所、通所介護事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーションが各1となっている。

ヒヤリングでは、事前に事例に関する情報シートへ記入してもらい、記入された情報シートを調査員が読み込んだ上で、作成したインタビューガイド（表2）に基づき半構造化面接を実施した。音声データは文章化し、分析シートを用いて、質的に分析を行った。

表1 ヒヤリング対象機関選定基準

<p>①精神科病院選定基準</p> <ul style="list-style-type: none">・地域の支援機関が密な連携を行い、認知症患者の退院支援において、顕著な実績を挙げている・主たる退院先が特養、老健などの施設でなく、在宅あるいはグループホームである・連携場面において、インフォーマルなサービスなども積極的に活用して、本人中心の支援体制を築いている・クリティカルパス等を使用して、認知症患者の退院支援を行っている <p>②事例選定基準</p> <ul style="list-style-type: none">・退院を希望する人を多職種・多機関で連携して退院したケース・退院可能と判断された多職種・多機関で連携して退院したケース・精神科病院から在宅あるいはグループホームに退院した事例 <p>*除外規程</p> <ul style="list-style-type: none">・スーパー救急等で短期間入院した人・家族レスパイトのために入院している人
--

表2 インタビューガイド

<ol style="list-style-type: none">1. (退院の方針が決まった時点(聞きとる流れの起点となる)において) 「退院に向けての支援課題となったことについてお聞かせ下さい。」2. 「その支援課題に対して、どのような対応を取りましたか。」 (退院の方針が決まってから退院までの流れを時系列で聞く) 詳細に尋ねるために：いつの時点で、誰が、どのような目標で、具体的な介入やケアを確認する。3. (インシデントポイントにおいて) 時期、できごと、転機、会議等の種類、参加機関及び職種、課題等を確認する。4. 「その時に精神保健福祉士が、どのように動いたかについてお聞かせ下さい。」 詳細に尋ねるために：「本人の希望を確認していましたか？」等 (この項目は本協会が行う調査研究故に聞きたいものです)5. 「機関内での連携がうまく進むように、どのような工夫をされたのかお聞かせ下さい」6. 「他機関と連携する際に、どのような工夫(シート等ツールの活用等)を具体的にされたのかお聞かせ下さい」 (個別事例への支援に関するヒヤリングの終了後)7. 「日常の実践における連携場面において、医療機関or(地域の事業所)に期待することについてお聞かせ下さい」 (3点くらい挙がるとよい)

(2) 倫理的配慮

ヒヤリング調査では、聴き取った音声データについて、本事業に係る調査以外の目的で使用しないことを口頭で説明した上で、インフォーマントから文書による同意を得ている。

(3) 結果

分析の結果、「入院初期」と「退院前」の支援項目は地域や機関に関係なく、共通していた。「入院中期」は利用者の個別性や地域性等の影響を受けるため、支援項目は共通していても明確な時期の設定は難しいと思われた。

以上の結果からパスの横軸を「入院前から入院」「入院の要する症状(状態)の改善期」「退院調整期」の3区分に設定した。支援項目については23のカテゴリーに分類し、データが多く見られた時期にパス上で配置し、かかわりや支援の確認を行えるようにした。

また、併せて聞き取りしたインタビュー項目7は、以下のように5つのカテゴリー、7つのサブカテゴリー、24の概念に分類した(表3参照)。

表3 連携先への期待

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
病院の欲しい情報	入院前の様子	入院前の生活の様子
		入院前のサービス利用状況
		サービス利用可能な対象者の提示
事業所が欲しい情報	生活支援におけるリスク情報	薬の情報
		予測される状態の変化に関する情報
		要入院となる状態に関する情報
		在宅で予想されるリスクに関する情報
病院の困りごと	他の医療機関との関係	入院中の様子
		かかりつけ医の問題
	制度に縛られた紋切り型の対応	合併症の課題
		入院中は関わらないケアマネ
	地域の支援のあり方に対する疑問	入所施設の受入条件の厳しさ
		目的の希薄な入院依頼
事業所の希望		地域での支援方法に対する疑問
		退院時の早めの連絡
		地域に出て欲しい病院職員
		生活イメージの共有
		地域が困った時の受け入れ
事業所の困りごと		病院との検討会の開催
	精神科病院との関係	事務量の多さ
		病院の敷居の高さ
	地域医療に関する課題	退院時の早めの連絡
		かかりつけ医の問題
		合併症治療における課題

(4) 考察

今回のヒヤリングでは、「系列法人内連携」と「多機関を巻き込む連携」において、退院支援のプロセスや方法に違いがあることが推察された。

「系列法人内連携」の場合、法人内の連携会議や LAN 等を活用して情報の共有化を行い、入院時から退院後、そして再入院に至るまで密な連携を取りながら、スムーズに支援を行っていた。一方で、法人内で提供できるサービスメニューに「合うか、合わないか」で支援方針が決まってしまう、本人や家族の意向に沿ったオーダーメイド型のサービスを模索し難くなる可能性も示唆された。また、入院を継続して入所施設の空きを待つことも可能なため、入院により身体機能等が低下するデメリットも指摘されていた。

系列法人以外の「多機関を巻き込む連携」の場合、特に都市部では、サービスメニューや利用できる事業所の選択肢も多いため、オーダーメイド型のサービスを提供できる可能性が示唆された。一方で、「系列法人内連携」のような入院から退院に至るまでの密な連携は取り難く、相手機関への配慮から、訪問やケア会議への参加を依頼できなかつたり、遠慮したりしてしまい情報の共有化がうまく図れなかった事例も報告されていた。特に事業所側から系列法人でない精神科病院へ相談する際には、敷居の高さを感じていた。「多機関を巻き込む連携」の場合、退院までの流れを、「系列法人内連携」以上に常に支援関係者間で意識する必要性が高いと考えられた。

今後、認知症の方の退院支援を進めていくためには、「系列法人内連携」のような密な連携が可能なキャッチメントエリアを設定し、系列法人以外の機関であっても情報の共有化をしやすい環境を整備していく必要がある。また、「多機関を巻き込む連携」を進めていくことにより、本人・家族の選択肢が増えると共に、支援者間のネットワークが広がり、それが認知症の方が望む

地域生活の実現につながる状況が推察された。ただし、現状では「系列法人内連携」のような密な連携が可能な地域は多くないと考える。そのため、精神科病院と事業者が今回開発した「退院支援・地域連携パス」等のツールを活用して、一人ひとりの退院支援を積み上げ、徐々にネットワークを構築していくことが認知症の方の退院支援の質を向上させるために必要であると考えられる。

なお、本調査は先駆的实践を行っていると思われる精神科病院と事業所で調査を行った。そのため、結果については、全ての地域において同様の結果が得られるとは言えない限定的なものである。しかし、本調査の結果により、認知症の方の退院支援の質を上げていくために必要な支援項目や環境整備の必要性を限定的ではあるが示すことができたと考えられる。

3. 試行調査

(1) 調査方法

ヒヤリングの結果、及び検討委員会からの意見を基に「アセスメントシート案」「退院支援・地域連携パス案」(以下、パス案)を作成した。ヒヤリング調査対象機関を中心に全国 35 機関の地域連携担当者に対して試行調査(以下、試行)への協力を依頼した。調査時期は 2012 年 1 月 23 日から 3 週間。調査対象機関は精神科病院 16 (うち認知症疾患医療センター5)、居宅介護支援事業所 11、地域包括支援センター2、認知症対応型共同生活介護事業所 2、小規模多機能型共同介護事業所、通所介護事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーションが各 1 となっている。

試行の方法は以下の通りである。ヒヤリングの際に提供していただいた事例及び実際に退院支援を行った事例を用いて、「アセスメントシート案」及び「パス案」に記入してもらい、「回答するのが難しい項目とその理由」「追加した方がいいと思われる項目とその理由」「項目の配置時期が適切であるか」「その他の意見」の 4 項目について質問紙を用いて回答を依頼した。

(2) 結果

27 名からの回答があり、回収率は 77%であった。回答し難いとされた項目は、「アセスメントシート案」では、「暮らしの場面における生活動作」に関する意見が最も多く 6 名、次に「私の資源マップ」4 名であった。「パス案」では、「本人の思いの確認」を行うことが難しいという意見が最も多く 4 名から回答された。追加の必要性がある項目としては、「医療情報」14 名、「社会サービス」7 名、「入院前の様子」4 名、「権利擁護」3 名、「介護力」3 名となっている。項目の配置時期に関しては、3 週目(家族面談の実施)と 4 週目(外出・外泊の取り組み)の実施時期が「所属機関とは異なる」という意見が 3 名ずつから挙がっていた。その他の意見としては、「情報量が多い」「現状とのギャップがある」が最も多く 5 名から挙がり、「自由記載欄が欲しい」4 名、「更新しにくい」3 名と続いていた。

(3) 考察

試行の結果、精神科病院と事業所が把握している情報に偏りがあることが見えてきた。例えば、精神科側は入院前の本人の生活の様子を知らないために「暮らしの場面における生活動作」や「入院前の様子」を記入することが難しかったようである。一方、事業所側からは「医療情報」に関する項目の追加を希望する回答が寄せられていた。

この結果は、現状ではお互いが持っている情報をうまく共有できず、情報が統合されていないことを示唆している。情報が断片的であるが故に、支援者の本人に対する捉え方が「意思の疎通が難しい」「言語的なやり取りが難しい」となってしまう、本人の意向よりも家族や支援者の意向を中心に支援を進めてしまう状況が推察された。

こうした結果を踏まえ、お互いが把握している情報を適切に連携先の機関に伝達し、情報の共有化・統合化を進められるように以下の修正を行った。

「アセスメントシート案」は、「暮らしの場面における生活動作」を「入院前」「入院中」に分けて記載できるように書式を変更し、精神科病院側には事業所がもっている「入院前の生活の状況」を、事業所側には、入院中の方が見えやすい「夜間帯の生活の様子」等を伝えられるように修正した。また、「経済的虐待を受けている場合、本人は家族に自分の収入を知られたくない」との意見から「経済情報」の欄から年金額を記入する項目を削除し、「本人の生活にあてられる費用」という項目に変更した。

「パス案」では、事業所側から把握し難いという意見が多く挙がった「医療情報」関連の項目を追加した。一方、精神科病院側から確認することが難しいという意見が挙がった「本人の思い」に関しては、各時期のパス項目の下に「本人の思い」の欄を作成し、常に支援者が「本人の思い」を確認しながら退院支援に取り組めるように工夫を行った。また、虐待に関しては「虐待の有無」の項目の作成し、虐待に関する情報の把握・共有化をお互いの機関が意識できるような工夫を行った。

こうしたパス案の修正と併せて、本人が家族に伝えて欲しくない情報や反対に家族が本人に知らせて欲しくない情報等の特記できる「個人情報提供同意書」を作成した。

また、「情報量が多過ぎて記入困難要件となる」という意見を踏まえ、全体を通して重複箇所の確認・整理を行い、項目の削除・統合等を行った。

4. 研修

(1) プログラム

① 東京会場プログラム

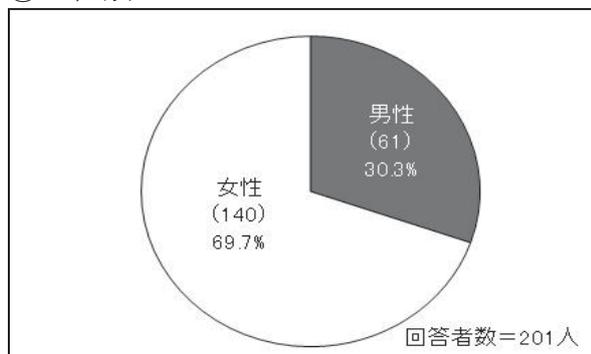
2012年3月2日(金)	
13:20	開講式・オリエンテーション(受付開始 13:00)
13:30	講義1「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅰ(90分) 講師:斎藤 正彦(医療法人社団翠会 和光病院 院長)
15:15	講義2「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅱ(90分) 講師:永田 久美子(社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研究部副部長)
2012年3月3日(土)	
9:30	講義3「認知症と精神科医療」(40分) 講師:大塚 淳子(社団法人日本精神保健福祉士協会 常務理事)
10:10	演習1「退院支援・地域連携パス案」の活用に向けて退院支援の現状を理解する(80分)
11:40	講義4「『退院支援・地域連携パス』ガイドブック」の活用方法について(50分) 講師:東 裕紀(社会福祉法人鶴寿会 サンライフたきの里) 三溝 園子(昭和大学附属烏山病院)
12:30	昼食(60分) ☆認知症に関するDVD上映 1回目 12:45~13:00 / 2回目 13:05~13:20
13:30	演習2「退院支援・地域連携パス案」を用いた退院支援(150分)
16:00	アンケート記入(15分)
16:15	閉講式(~16:30)

② 大阪会場プログラム

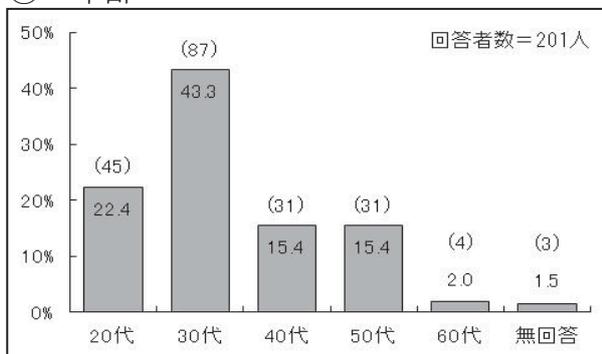
2012年3月9日(金)	
13:20	開講式・オリエンテーション(受付開始 13:00)
13:30	講義1「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅰ(90分) 講師:釜江 和恵(財団法人浅香山病院 認知症疾患医療センター医長)
15:15	講義2「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅱ(90分) 講師:岩尾 貢(公益社団法人日本認知症グループホーム協会 副代表理事)
2012年3月10日(土)	
9:30	講義3「認知症と精神科医療」(40分) 講師:東 裕紀(社会福祉法人鶴寿会 サンライフたきの里)
10:10	演習1「退院支援・地域連携パス案」の活用に向けて退院支援の現状を理解する(80分)
11:40	講義4「『退院支援・地域連携パス』ガイドブック」の活用方法について(60分) 講師:高村 智子(加賀市地域包括支援センター) 山本 めぐみ(財団法人浅香山病院)
12:40	昼食(60分) ☆DVD上映をいたします(13:10~13:25)
13:40	演習2「退院支援・地域連携パス案」を用いた退院支援(140分)
16:00	アンケート記入(15分)
16:15	閉講式(~16:30)

(2) 受講者属性

① 性別



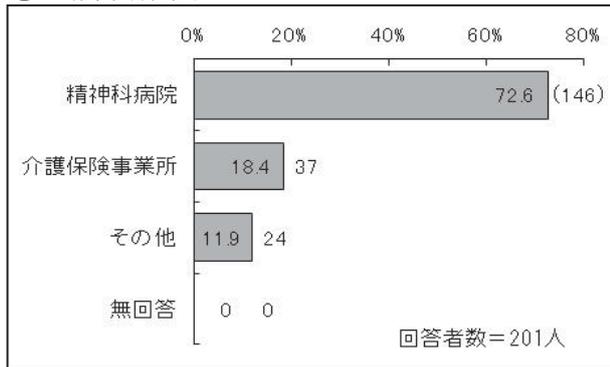
② 年齢



③ 受講の動機

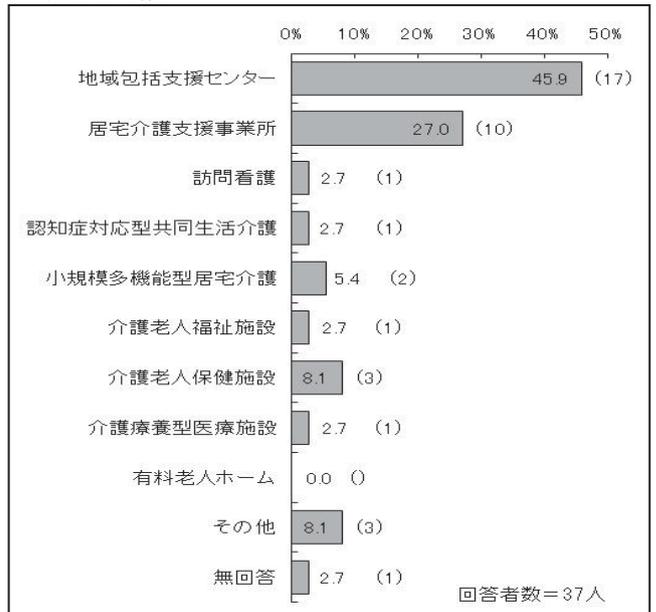
本研修への受講動機としては、多いものから「退院支援についての知識・動向の学習希望」「退院支援に困難や行き詰まりを感じている」「認知症の方への関わりの増加」「地域と病院との連携の必要性」「パスの必要性学習、導入検討中、活用要望を検討」となっている。

④ 所属機関



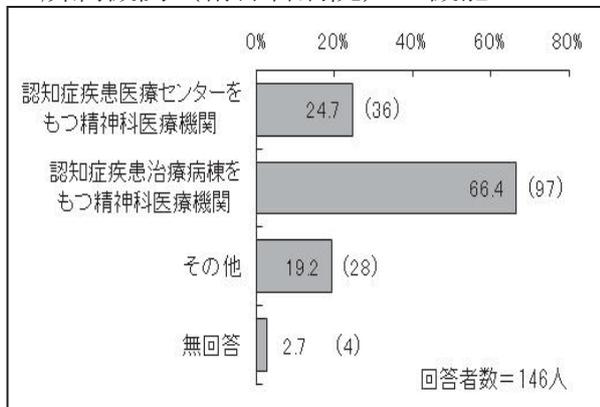
④-2

所属機関（介護保険サービス事業所）の種別内訳

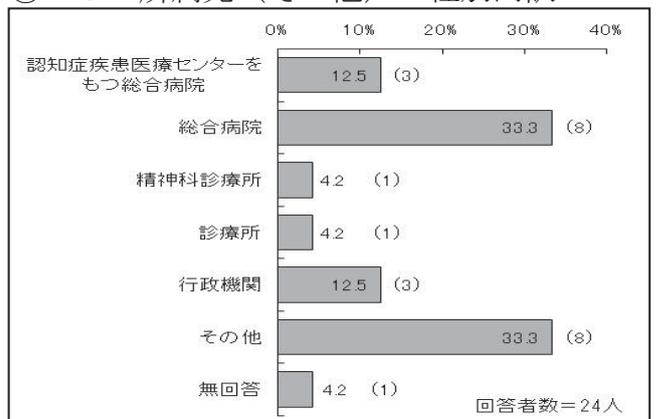


④-1-1

所属機関（精神科病院）の機能

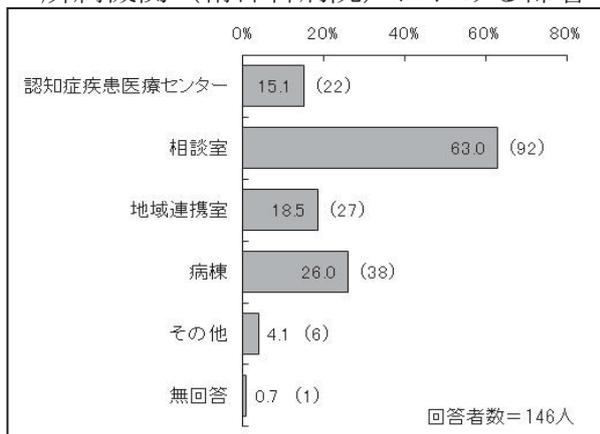


④-3 所属先（その他）の種別内訳



④-1-2

所属機関（精神科病院）における部署



(3) 演習の感想 (まとめ)

① 今後の精神科病院と事業所の連携のあり方について

連携のあり方として、「顔が見える関係」という意見が各グループより出ていた。この意見から、現状では精神科病院と事業所の間で「顔が見える関係」が築けておらず、お互いの「顔が見えない」中で、やりとりしている様子が推察された。

「顔が見える関係」を構築するために今できることとして、精神科病院職員からは「外部から入りやすくなるように、まずは院内の連携を良くする」「病院側が外に出るようにする」「緊急時に対応する」等の意見が多く出されていた。一方、事業所側からは「病院の敷居の高さ」「認知症ということで拒否しない」といった意見が挙げられていた。

これらの意見から「外に出ない、出られない精神科病院職員」と「医療に気後れする事業所職員」との狭間で、認知症の方や家族に対する支援の継続性に課題があることが考えられた。

今回の演習を通して、精神科病院と事業所が、お互いの機関の役割を知り、カンファレンス等を通して、「共通の目標」を持って支援に取り組んでいくことの意味を、受講者の多くが感じたと考える。

② 連携上の課題を解決するツールとしてのパスの可能性について

現状では、院内連携においても、精神科病院と事業所の連携においても、情報や課題を共有できないままに支援を行っているようである。しかし、パスという共通のシートの使用を通して、入院中から「情報・課題の共有化」が進み、「お互いの役割」や「退院までの流れ」を理解しながら、退院に向けて「方向性の一致した支援」を行える可能性が期待されていた。

また、家族に対して、パスを使用して「退院までの流れ」を説明する過程を通して、家族の「認知症に対する理解の促進」や「知らないことによる不安を解消」し、「入院の長期化」を防ぐ効果も期待されていた。

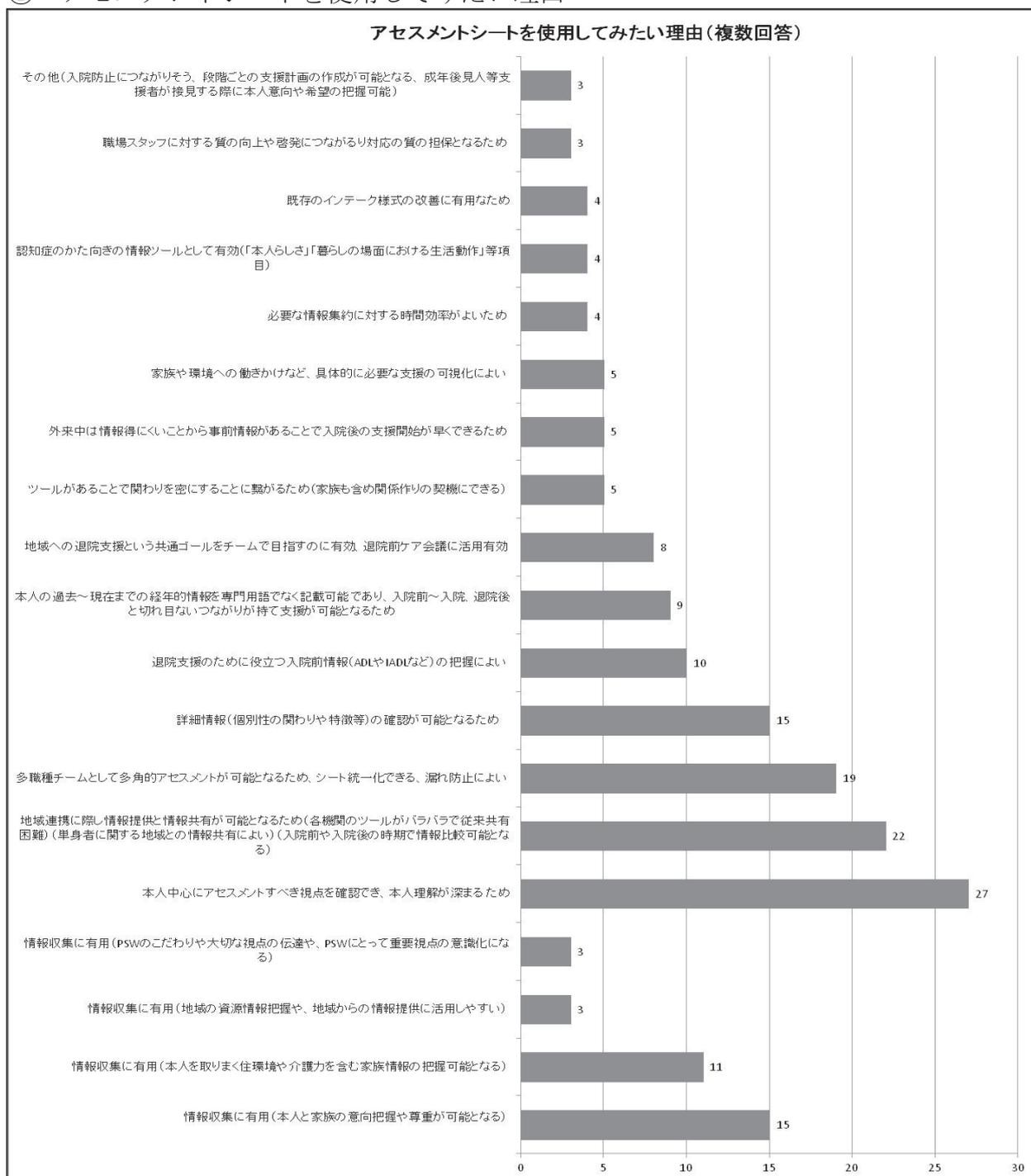
③ パスでは解決できない課題について

パスでは解決できない課題として、多くのグループから「マンパワー不足」やそれに伴う職員の「仕事量の多さ」「バーンアウトの危険性」が挙がり、現状では「仕事量が増える」可能性のあるパスを採用することが難しいという意見も出ていた。こうした課題は、支援者個人の力だけでは解消が難しく、所属機関がより良い支援を行えるような「診療報酬上の後ろ盾」が欲しいという意見も挙げられていた。

また、認知症の方に対する支援体制上の課題として、「入院より施設入所の費用の方が高い」「地域の受け皿不足」「かかりつけ医との連携の難しさ」等の要因が精神科病院における認知症の方の入院を長期化させているという指摘も挙がっていた。

(4) アンケート結果集計

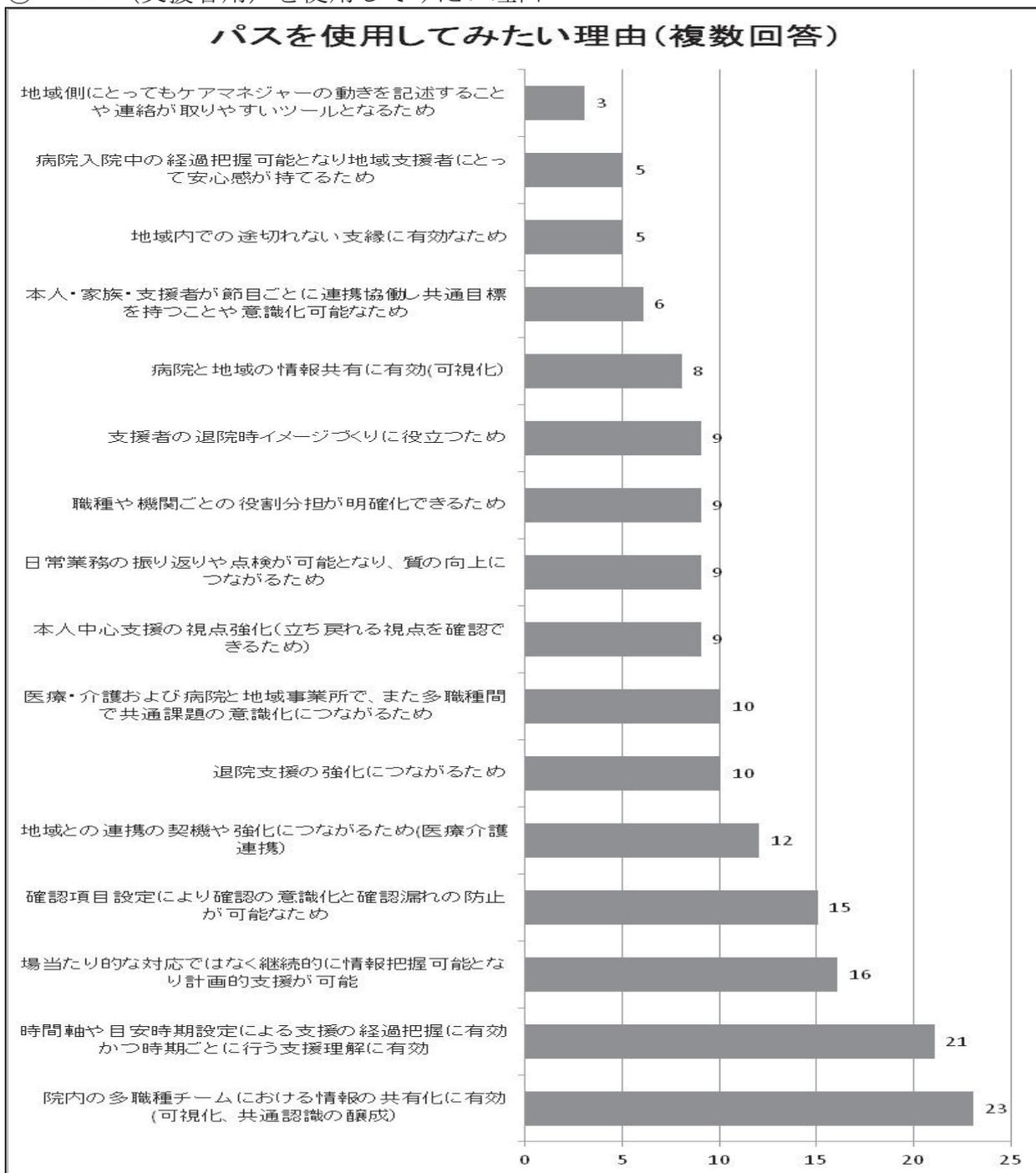
① アセスメントシートを使用してみたい理由



●アンケート集計結果から

アセスメントシートの使用希望理由をみると、最も多いのが情報の集約と共有化に有効というものであり、現状では各機関や各職種によって情報の把握に努めているものの、有機的な包括的把握の共有がなされず、支援に活かされていないという課題があることがわかる。次いで、「本人中心のアセスメント視点を確認でき、本人理解が深まる」ことが挙げられており、本人の意思の表出困難やコミュニケーションを図ることの困難、また人員のゆとりの無さから本人の意向を置き去りにしやすい現状の課題が確認できる。

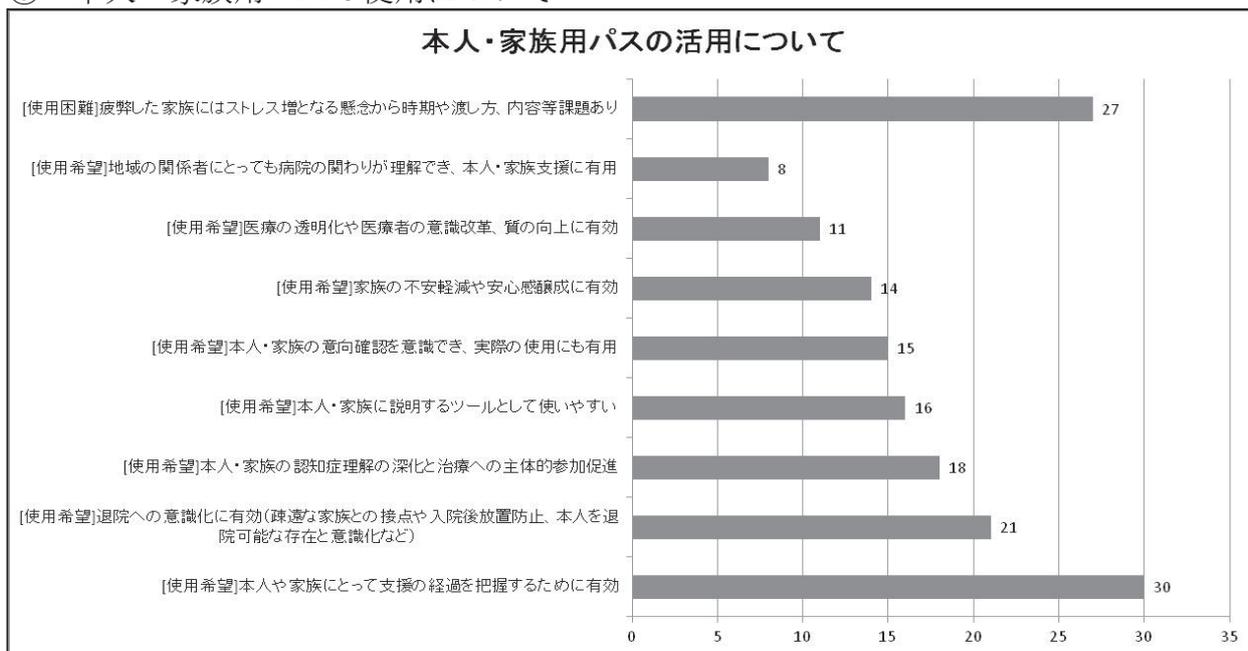
② パス（支援者用）を使用してみたい理由



●アンケート集計結果から

アセスメントシートの使用希望と同様に、院内多職種チームにおける情報共有化に有効であり、支援の可視化、共通認識の醸成につながるという点や、時間軸や目安時期設定による支援の経過把握に有効であり、時期毎に行う支理解解に有効との回答が多かった。「場当たりの対応ではなく、継続的に情報把握可能となり計画的支援が可能」「確認項目設定により確認の意識化と確認漏れの防止が可能のため」という回答の詳細な記載内容には、現状では、計画的な支援の提供がなされていないこと、チームとして機能できていないこと等が確認された。人員体制、病棟の職種配置状況、患者の生活環境情報や地域内資源情報の把握もしくは共有が現状課題にあると推測された。その原因がマンパワー不足によるのか、従事者の質によるのか、チーム理念の欠落や不足等によるのかについては不明瞭であったが、パス導入や普及以前の課題があるようにも考えられる。また、退院というゴール設定がされていないことや設定しにくい現状も読み取れた。

③ 本人・家族用パスの使用について



④-1 自由記述（研修について）

よかった。勉強になった。
業務の振り返りになった。
研修内容を職場に持ち帰り、院内で同様の演習等を実施してみたい。
職種や機関の違いによる意見交換等ができ、有意義な演習だった。地元でも機会つくりたい。
PSWのための認知症講座を開催してほしい。
PSWもそれ以外職種も、一部の頑張りでは無理なので、もっと広げて研修を開催希望。
演習の具体例を通して退院支援パスの活用が良く理解できた。
退院支援へのモチベーションがアップした。
退院支援を積極的に行っていない医療機関のため勉強になった。
パス改良後の研修も是非開催してほしい。
本人の気持ちを置き去りにしない支援を再意識できた。
看護職として参加したが、本人と家族や病院と地域との連携へのPSWの苦労がわかった。
結局は病院とケアマネ・事業所の連携ツールに思えた。
ソーシャルワーカーなら地域資源の利用に関してもう少しインフォーマル資源に目を向けてほしい。
チームワークの見直し、周囲との連携不足の気付きにつながった。
もっとこのような研修機会を増やしてほしい。
本人の生活や意向確認が難しく、家族の意向に沿った退院支援に偏りがちな事を意識できた。
身体合併症など医療的依存度高い場合、受け入れ先確保困難故の長期化あり、家族も最期までの看取りを希望しているなどあり、解決策みつからない事例等の支援に関し検討希望。
「認知症は治らないから・・・」と諦めかけていたことへの気付きと本人中心支援の確認。
講義内容を区分し、ベテラン向けには直近の政策動向やパスの職種間共有工夫方法等希望。
地域差を実感した、特に都会、都市部がパス等の導入や連携取り組みに遅れあるように感じた。
精神保健福祉士（医療保健施設従事者）にも介護保険制度のことをもっとしっかり把握してほしい。
医療保険、介護保険、自立支援法のそれぞれを有益につなぐ力を持てるような研修と研鑽が必要。
長期入院を地域の受け皿や病院職員の意識のせいにせず、自ら発信力を高める必要を痛感。

④-2 自由記述（パスの普及について）

院内 PSW のツールとしては活用可能だが、院内で PSW の権限が弱く周知や活用導入困難感じる。
地域内での普及啓発必要のため、地域包括支援センターなどとの顔の見える関係づくりが先。
介護保険領域のシートとの連動が望ましい。
普及のためには、診療報酬等の仕掛けと、経営者の導入意欲が不可欠。
電子カルテのような形で、病院からも地域事業所からもアクセス可能とならないか。
独居単身の人に活用する難しさを感じた。
初めて認知症患者を受け入れる病院のため、こういうツールがあることが望ましい。
ワーカーの力量の標準化、ボトムアップには役立つと思う。
病棟専属ワーカーがいれば、ベッドサイドでの本人との対話や関わりが増えるが、専従ワーカーが不在なら多職種チーム他職種のかかわり重要。
地域が病院に頭を下げるとの意識があることを知り、地域内の関係機関の対等な関係作りが必要。
全国共通のパスというのは普段行っている退院支援の客観化に有効。
治療方針や地域移行への工夫をはっきりすることは業務増加、面倒と考える医師もいて活用に懸念。
パス作成でケアマネに加算がつくなら普及に有用。
活用により精神科以外の医師への認知症の理解が進むと思う。
医療機関で作成されたパスを受け取るだけでも地域ではケアプランの作成に役立つ。
入院中の人だけでなく外来患者についても地域と医療機関のパスがあると情報共有にいい。
最終的な責任の所在や保管方法などをもう少し明確化したほうがよい。
現状、医療機関内では職種ごとにパスや情報シートがあり、統一化されることが望ましい。
キーパーソの方が言語化することに難しさを有する方の場合、シート利用で情報把握ができやすい。
アセスメントなしには支援はできないが、もっとじっくり本人や家族に向き合う時間が必要ではないか。
本人が自分で明確にニーズに関して言葉で表現が難しい以上、少し時間をかけて本人のニーズを把握するしかないため、時間のかけ方には注意が必要。
介護保険ではケアマネジャーの支援計画やサービス担当者会議の導入により、事業者間連携目標の共有が図られつつあり、医療機関においても今回の仕組みを有効とする仕掛けが必要。
今回の様式だと地域のケアマネに書いてもらうこと多く、ケアマネジャーの抵抗感を想像するが、ケアマネジャーにとってもメリットあることを伝える機会必要。
目安通りに進まない場合、バリエーションが多い場合の活用方法を知りたい。
行政がこのパスにどの程度関わられるのか、特に単身者の場合に課題。
パスの介護領域の関係者への周知に課題があるのではないか。
病院内などの限られた関係性の中では情報整理がしやすいが、地域内だとコーディネートが大変。
施設から BPSD で入院を希望する事例もあるので、施設からの入院にも活用できる改良を希望。
PSW 協会の一部で普及や奮闘しても限界あり、医師会や社会福祉士会、ケアマネ協会などにも周知必要。
リハビリ病院勤務のため脳卒中パスを使用中、急性期から回復期の流れは定着しつつあるが、回復期から継続期（在宅）の連携は弱く、今回のパスを参考にしたい。

第2章 認知症の方の退院支援における今後の課題

I. パスの普及啓発に関する課題

パスを活用する上での課題として、「記入量が多く負担が大きい」、「アセスメントシートが細かいすぎるため、ケアマネや家族に聞き取るときに負担をかけてしまう」等のパス活用に対する負担感が試行調査や研修アンケートで指摘された。負担感が先に立つと普及は進まないが、やはり普及のためには、パス活用の目的や意義そのものを再確認する必要がある。

1. 本人や家族とのかかわり重視が前提にあるパスの活用

パスの目的は全ての項目を埋めることではなく、パスを記入することを通して、入院中に各々が行う役割や担う機能を明確にし、認知症の方に対するケアの質を上げることを目指している。最も重要なことは、認知症があっても本人がどのように生活したいのかという意向を尊重し、必要な生活支援を提供することである。そのための前提として欠かせないことは、認知症の方との関係づくりである。アセスメント票やパスの記入については、時間をかけながら認知症の方とのかかわりを通じ、必要な情報は何かを共有するためのツールであることを意識する必要がある。

本人や本人をとりまく人・場・機関は支援するための多くの力や可能性をもっており、本人や環境がもつ力も含めてどのような資源としての可能性があるかに着目することが重要である。入院中は、本人の症状や家族の事情等を把握することが重要となるが、課題を中心に着目すると、問題解決志向に陥り当事者のニーズが重視されない幅の狭い支援に偏ってしまう危険性がある。

支援者が本人、家族のもつ力や可能性に気づくことは、自己解決能力を高めることであり、症状や家族の事情等があったとしても、地域での生活を可能とすることにつながる。本人、そして、本人をとりまく人・場・機関それぞれがどのような力や可能性を秘めているのかを検討し、本人や家族と共に生活の全体状況を、パスを通して見つめることが必要である。

認知症の方の場合、特に言語的なコミュニケーションが難しい場合が多く、本人の思いを尊重した支援とはいいい難い状況も見受けられる。例え言語的コミュニケーションが難しくとも、表情や行動、なじみやこれまでの生活歴、習慣や好み等から、本人の思いを感じとる工夫は、介護現場においては当然のこととして捉えられている。サインやシグナルといった非言語的なコミュニケーションを通して、本人の思いを理解しようとする姿勢が重要である。

家族をとりまく状況や思いもそれぞれ異なる。家族だからできること（受けとめられること）とできないこと（受けとめられないこと）があることを支援者は認識しておく必要がある。家族に理解や役割を求める前に、家族一人ひとりの思いを支援者がしっかりと聴くことが大切であり、その過程により、家族も有する力を発揮することが可能になると考えられる。性急に結論を求めるのではなく、家族が自分の気持ちを整理したり、考えたりできる時間を保障しながら、出会いから最終ケア会議の場面まで、家族の状況や思いを理解しようと努め、話し合いの機会を丁寧に持つことが家族支援につながる。

2. パス活用における機関内、地域内のチームとしての視点

チームとして、如何にパスを活用するか、家族、当事者、地域の様々な資源と共有できるかも課題である。誰に、どの情報を提供していいかについても丁寧に確認した上で同意を取り、情報を共有することが、パスを有効に活用することにつながる。

精神科病院の果たす役割と地域における生活支援という視点での役割について、如何に共通用

語を通して医療の中に生活支援の視点を入れるか、地域の中に医療の理解をどう浸透させるかが課題となる。入院中は病院、在宅時には地域、と本人の支援者が変わるということではなく、精神科病院も事業所も、本人の生活を支える「地域包括ケアチーム」の一員であるという認識のもと、お互いの専門性を尊重しあいながらチームで関わるということが求められる。精神科病院では、入院前の本人の生活状況を知り、院内での治療や活動に活かし、事業所では、入院中の取り組みを活かした継続した生活支援を行うことで、本人の生活の質を向上させることができる。その連携のためのツールとしてパスを有効に活用することが本事業の求めるところである。

「本人の生活」を中心に捉え、それぞれの支援者が繋がりチームで関わること（＝連携や協働）がよりよい支援への第一歩となる。本事業で開発したパスを活用することで、本人を中心とした「地域包括ケアチーム」での退院支援が可能となり、その結果、退院後の本人の生活がより豊かなものになることが期待される。

3・パス活用のために求められる人材育成とパス有効性の検証

今回開発したパスを普及していくためには、地域の社会資源を活用、開発し、地域を取り込む実践力を身につけた支援者を養成することが重要である。社会資源を理解し、有効に活用する技術の取得、かかわりを中心とした本人との関係性を軸にした支援が、精神科病院においても事業所においても実践されるかが課題となる。また、ゆとりあるマンパワー整備は前提に欠かせない。

また、各地域でパスを活用した研修や事例検討を行い、共通の価値を基盤とする地域生活支援への連携を推進すると共に、退院促進・地域生活支援におけるパスの有効性の検証や地域の実情に応じたパスの改善等の取り組みを行っていくことが必要である。

Ⅱ．パスでは解決困難な資源整備や制度的課題

パスは万能薬ではない。今回開発したパスが有効とされる対象者は、退院先が確保しやすい、介護する家族がいる等、一定程度限定される。本事業を通して、パスだけでは解決できない認知症の方を取り巻く以下の課題が確認された。

1．資源の不足

退院支援にあたって退院先のメニューが現状では圧倒的に不足している。その資源開発は喫緊の課題である。また地域生活の支援には人材やサービス資源のメニューが大変重要となるが、インフォーマルも含めた開拓は国のみならず地域ごとの取り組み課題でもある。これらの状況確認や分析には効果があっても、パスは解決策としての即効力は持っていない。

2．制度的な課題

入院時における地域連携の課題として、現在の介護保険システムでは、入院中に在宅への退院方針が出されると、介護保険サービスの活用に向けて、介護支援専門員がかかわることになるが、退院先が未定の場合には、介護支援専門員がかかわっても報酬上の保障がない。単に介護保険サービスを仲介・調整するのではなく、本人をとりまく人・場・機関がつながり、認知症の方の生活を包括的に支援していくためには、入院中から地域包括支援センターや介護支援専門員等がかかわる仕組みが必要である。ここに報酬上の仕組みが伴えばよいが、伴わずとも連携する機会を現場から増やしていき、制度改正につなげることも重要である。

精神科医療機関においても、病棟の基準に精神保健福祉士など連携やコーディネーター機能を持つ職種が配置されている認知症患者に対応する病棟もあるが、専従の配置がない一般出来高病

棟や、療養病棟にも認知症患者は多く入院している。また、そもそも精神科病院においてチーム医療やチームミーティングがルーティン化されていない現状も継続的、包括的な支援提供を困難にしている要因である。

3. 家族支援および経済的な状況からの課題

家族の支援においては、疲弊や相談者の不在などから陥りやすい危機的な状況を防ぐためにもレスパイトケアを整備する等休息による支援や、ファミリーケアとして、家族が認知症を理解し、支え手としてのパートナーとなるなど家族自身が成長や自己実現を目指すことへの支援も重要である。

認知症の方に限らず、高齢者の生活支援にとって本人の所得を含み経済状況が大きな岐路を生んでいる現状がある。介護保険制度のサービスが経済的に使えず、医療保険の利用者に留まらざるを得ない存在や、更に低所得ゆえに、劣悪な環境に身を置いている、もしくはそうした選択を迫られる存在もある。これらは、本人の意向を尊重した地域生活支援を果たすことに、パスを活用することで、問題を浮かび上がらせる一助にはなるであろうが、解決の方策には及ばず、政策課題として行政や関係者や国民の取り組みが必要となる。

4. 支援者の質に関する課題

また、現状においては、支援者が認知症の方を評価的・判断的に理解し、課題の抽出や課題解決、問題対処に焦点をあて、認知症の方を理解するためのかわりを通じた推察や解釈、ミーティングでの多角的協議やアセスメントシートの活用による分析的理解が行われていない。そのため、本人の望みを共感的に理解する姿勢が欠落し、真のニーズをとらえた支援が行われていない実情がある。ここで言う共感的理解とはニーズに基づく暮らしの獲得と、そのために課題となる資源の活用・開発を如何にするかである。

地域での認知症の方に対する支援においては、この間、認知症の方の支援に関する各種政策が進むなかで、認知症サポーター養成や地域密着型サービス体系における運営推進会議など医療領域にはない取り組みがなされている。まだまだ養成されたサポーターの活用が十分ではないとの声もある。

いずれにしても、認知症の方に対する支援の内容は複雑化、多様化しており、総合的かつ包括的な支援が求められている。実践力のある人材を如何に養成するかが喫緊かつ重要な課題である。こうした実践力は専門資格などの養成で必ずしもできず、地域ごとに実情と特性を活かした研修システムの構築や核となるコーディネーターの養成などが重要と考えられる。

5. 地域自治体の取り組み姿勢に関する課題

地域自主改革法という大きな流れにおいて、認知症の方の地域支援体制の取り組みに関しても、市町村単位でどのように施策の充実を図るかということが課題であり、行政が地域密着型サービスを地域づくりの中核にするなどの方針を示す必要があると考えられる。また、地域支援体制と一緒に考える仲間を増やしていくことも重要である。報酬化や制度化されていない体制や環境整備の領域でも、人と必要な資源をつなぐ役割が精神保健福祉士には期待される。

資 料

1 検討委員会

(1) 構成員一覧

氏名	所 属
伊 藤 健 正	医療法人祐愛会加藤病院
岩 尾 貢	公益社団法人日本認知症グループホーム協会
斎 藤 正 彦	医療法人社団翠会和光病院
柏 木 一 恵	財団法人浅香山病院
崎 山 賢 士	社会福祉法人神愛会特別養護老人ホーム愛の園
高 尾 由美子	医療法人エスポアール出雲クリニック
千 葉 信 子	有限会社多摩たんぽぽ介護サービスセンター
永 田 久美子	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター

(2) 検討委員会開催日時

	開催日	開催場所
第1回	平成23年8月24日（水）	主婦会館プラザエフ会議室
第2回	平成23年11月17日（木）	スクワール麴町会議室
第3回	平成24年2月9日（木）	スクワール麴町会議室

2 事業担当者

(1) 事業担当者一覧

役職名	氏名	所属
事業責任者（理事）	岩 尾 貴	石川県健康福祉部障害保健福祉課
事業担当者	東 裕 紀	社会福祉法人鶴寿会サンライフたきの里
事業担当者	高 村 智 子	加賀市地域包括支援センター
事業担当者	山 本 めぐみ	財団法人浅香山病院
事業担当者	塩 路 直 子	順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター
事業担当者	三 溝 園 子	昭和大学附属烏山病院
事業アドバイザー	東海林 崇	株式会社浜銀総合研究所
事業担当常務理事	大 塚 淳 子	社団法人日本精神保健福祉士協会
事業担当事務局	國 重 智 宏	社団法人日本精神保健福祉士協会
経理責任者	坪 松 真 吾	社団法人日本精神保健福祉士協会
経理担当者	植 木 晴 代	社団法人日本精神保健福祉士協会

(2) 事業担当者会議開催日時

	開催日	開催場所
第1回	平成23年7月30日（土）	本協会会議室
第2回	平成23年9月11日（日）	ナチュラルック四谷店会議室
第3回	平成23年11月3日（木・祝）	本協会会議室
臨時	平成23年11月23日（日）	本協会会議室
第4回	平成24年1月15日（日）	ナチュラルック四谷店会議室
第5回	平成24年2月18日（土）	本協会会議室

3 調査事業協力者一覧

調査協力者	医療法人久幸会今村病院	本間 晃子、佐藤 弥生
	順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター	岡田 麗、小枝 進、 宮本 苑佳
	東京都立松沢病院	今井 紀子
	昭和大学附属烏山病院	岩崎 由美子
	医療法人財団岩尾会東京海道病院	小田川 紀子
	医療法人財団青溪会駒木野病院	佐藤 千恵子、飛永 弥里
	八王子保健生活協同組合 八王子市地域包括支援センター高尾	奥田 紀郎
	八王子保健生活協同組合 指定居宅介護支援事業所たかお	松寄 育夫
	社会福祉法人清心福祉会 指定居宅介護支援事業所堀之内	石橋 弘成
	元 独立法人国立病院機構小諸高原病院	築田 美抄
	有限会社せせらぎグループホームせせらぎ	堀内 静子、堀内 園子
	社会福祉法人軽井沢町社会福祉協議会	佐塚 邦子
	社会福祉法人ちいさがた福祉会フォーレスト	古田 美樹
	社会福祉法人敬老園 さくだいら敬老園ヘルパーステーション	小松 恵美子
	ケアサービス夢の華	井上 靖子
	社会福祉法人 はまなす会 はまなす園富来居宅サービスセンター	吉田 美智子
	かほく市地域包括支援センター	平野 誠
	医療法人杏和会阪南病院	清水 祐理子
	財団法人浅香山病院	泉 三恵、今西 綾子、 黄瀬 忠博、木下 淳史 倉橋 桃子、駒野 敬行 横溝 稔
	特定非営利活動法人ほのぼのステーション	坂東 久美
	社会福祉法人南の風 居宅介護支援事業所アル・ソーレ	平島 雅史
	医療法人ましき会益城病院	福島 郁雄、堀 光代
	社会福祉法人ましき苑花へんろ	今田 恵美子、中川 雄司 宮村 三紀子
	熊本ケアネットワーク	守 一美
医療法人社団藤栄会湧心苑居宅介護支援事業所	鍋田 佐千子	

4 調査票

(1) 情報シート (ヒヤリング調査)

・精神科病院用

基礎情報	事例No.	秋田・東京・石川・大阪・熊本 - No.			退院時の年齢	才	性別	男・女	
	診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 混合型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> その他()			入院病棟	<input type="checkbox"/> 認知症疾患治療病棟 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 軽棟の有無→ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	入院の目的								
	入院へ至る相経路	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他()							
	家族	同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄 1. 2. 3.						
		主たる介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄						
キーパーソン		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄							
成年後見人		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄							
医療保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他								
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(老齢・遺族・障害 級) <input type="checkbox"/> 生活保護(開始時期) <input type="checkbox"/> その他								
入院時の状況				退院支援時の状況					
要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5				要支援1・2・要介護1・2・3・4・5				
入院形態	<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> その他()				
精神症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 長谷川式() <input type="checkbox"/> MMSE()				<input type="checkbox"/> 長谷川式() <input type="checkbox"/> MMSE()				
本人の状態	移動	自立・見守り・要介助	排泄	自立・見守り・要介助	移動	自立・見守り・要介助	排泄	自立・見守り・要介助	
	入浴	自立・見守り・要介助	食事	自立・見守り・要介助	入浴	自立・見守り・要介助	食事	自立・見守り・要介助	
合併症									
生活上の課題・留意点									
住まい	<input type="checkbox"/> 自宅(賃貸・持ち家)→住まいの状況 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 施設→ <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他() →入院中				<input type="checkbox"/> 自宅(賃貸・持ち家)→住まいの状況 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 施設→ <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他() →入院中				
利用した社会資源	介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期生活療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援(CM) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入貸付 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(GH) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護住宅改修			<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期生活療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援(CM) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入貸付 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(GH) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護住宅改修				
	その他	<input type="checkbox"/> 重度認知症デイクア <input type="checkbox"/> 介護用品の支給(紙おむつ等) <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 高齢者住宅リフォーム助成 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> 寝具の洗濯・乾燥・消毒 <input type="checkbox"/> 生活支援機器給付・貸与 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金の貸付 <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 重度認知症デイクア <input type="checkbox"/> 介護用品の支給(紙おむつ等) <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 高齢者住宅リフォーム助成 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> 寝具の洗濯・乾燥・消毒 <input type="checkbox"/> 生活支援機器給付・貸与 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金の貸付 <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> その他()				
特記事項									

・事業者用

基礎情報	事例No.	秋田・東京・石川・大阪・熊本 - No.			退院時の年齢	歳	性別	男・女	
	家族	同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄 1. 2. 3.						
		主たる介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄						
		キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄						
		成年後見人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄						
	地域関係者(友人・近隣住民等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 続柄							
要介護度	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5			認知症高齢者日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
適院先	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院していた精神科病院			退院先	<input type="checkbox"/> 自宅(賃貸・持ち家→住まいの状況 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> ※退院時からの変更(有、無)				
入院中				退院時					
本人の状態	移動	自立・見守り・要介助	排泄	自立・見守り・要介助	移動	自立・見守り・要介助	排泄	自立・見守り・要介助	
	入浴	自立・見守り・要介助	食事	自立・見守り・要介助	入浴	自立・見守り・要介助	食事	自立・見守り・要介助	
生活上の課題・留意点									
合併症									
利用した社会資源	介護保険サービス	※「入院前」に利用していたサービスをご記入下さい <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期生活療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援(CM) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入貸付 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(GH) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護管理指導			<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期生活療養介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援(CM) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入貸付 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(GH) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護管理指導				
	その他	※「入院前」に利用していたサービスをご記入下さい <input type="checkbox"/> 重度認知症デイクア <input type="checkbox"/> 介護用品の支給(紙おむつ等) <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 高齢者住宅リフォーム助成 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> 寝具の洗濯・乾燥・消毒 <input type="checkbox"/> 生活支援機器給付・貸与 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金の貸付 <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 重度認知症デイクア <input type="checkbox"/> 介護用品の支給(紙おむつ等) <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 高齢者住宅リフォーム助成 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> 寝具の洗濯・乾燥・消毒 <input type="checkbox"/> 生活支援機器給付・貸与 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金の貸付 <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> その他()				
特記事項									

(2) 演習用事例 (研修)

事例概要②【入院から初回ケア会議までの状況】

<2週目>

入院後に内服の内容を変更。眠剤を服用することで、夜間や眠れるようになる。徐々に大きな声を出すことも減り、立ちたい時や何かしたいことがあると職員を大きな声で呼ぶ程度になっていた。

入院10日頃に発熱し、安静を保つためにベッド上で横になっていた時間が長くなった。そのため、腰が立ちにくく、職員が体を支えないと立位を保つことが難しくなる。また、「トイレで排泄したい」という気持ちがあり、入院時に比べると無くなってきており、オムツ内での排泄となっていた。

発熱も治まり、状態が安定したことで、リハビリの実施について検討。また、入院時よりADLが低下したこともあり、家族への説明と意向の確認が必要であることを話し合う。

<3週目：家族との面談>

Aさんはリハビリに消極的で、促しにも「いいわ〜」と断ったり、椅子に座っていても短時間で「疲れたわ」と言っていて、横になることが続いていた。しかし、長女のBさんが面会時に「トイレに行く？」と聞くと、「嬉しいわ」と言っていてトイレで排泄できることもあった。

長女のBさんとの面談では、面会時の様子や今の長女の思いを聞く。大きな声を出さずに過ごせているようである。面会時のトイレ介助は以前よりも立ち上がり介助が大変であったこと、自宅でもAさんは「寝てほしい」と言っていてリビングのソファでも横になることが多かったと話される。今の状況なら家でみたいと思うが、ADLが低下していて、どうやって介護したらいいかという不安も話された。

内服の調整で大きな声を出すことが少なくなっていること、眠剤の服用によるふるつきがあり眠剤を減量したが、夜も眠れていることを伝える。

長女からは「寝たきりにしたくないので、一度外泊し、自宅で過ごさせてみたい」との希望が聞かれた。

<4週目：外泊の実施>

12月11日～12日の1泊2日で外泊を実施。帰院時に外泊での様子をAさんと長女に確認する。Aさんは「もう（病院には）戻りたくないわ。家はいいね〜」と嬉しそうに話した。長女からは、「家でも大きな声を出すこともなく、夜もよく寝てくれた。排便もトイレでできた。」「入院前に比べると移動に時間がかかり、支えるのも大変で、退院後に通所リハビリを再開しようと思っても、送迎車まで連れて行く自信がない。」とまぐいっただ点と心配に思うことも確認できた。通所リハビリだけでなく、訪問介護や福祉用具、住宅改修等に関する簡単な情報提供を行うと「介護保険サービスを利用しながら、自宅でみたい」と改めて希望され、翌週に介護支援専門員も含まれた初回ケア会議を実施することになった。

事例概要①

氏名：Aさん（71歳・女性）

住所：I県K市

同居家族：長女夫婦、孫2人（H23春頃から同居）

病名：レビー小体型認知症（H18年頃に診断を受けている）

膀胱炎（熱発しやい）。熱発したときには受診し、抗生剤を内服している。）

要介護度：要介護3

利用しているサービス：通所リハビリ（週3回）

<入院に至るまでの経緯>

H13年、夫の死亡後、独居となる。年に数回、一人で長女宅に来ていた。H17年頃から何かに向かって話しかけていることが増えた様子。H22年頃には買い物や調理支援のため、ホームヘルパーを利用。洗濯は好きで自分でしていた。独居の時は、転倒・骨折が多かった。骨折で入院する度に認知症状が悪化していた。H23年春頃、早朝に他人の家を訪問するなどの行動があり、独居が難しいと感じた長女が自宅（I県K市）に呼び寄せた。

同居開始時から見えないものに対して大声を出したり、興奮するようになり、精神科病院を受診。内服を処方される。薬の調整が難しく、ふらつきがみられるようになる。以前より家族通所サービス利用を希望していたが、人となじむことができず、なかなかサービス利用には至らない状況があった。ふらつきがみられるようになったことで、長女の介助による自宅での入浴が困難になり、夏頃から通所リハビリを利用。秋頃には大声を出すことが増え、長女の休みの日には1日中付ききりの状態であった。見えないものに対して昼夜問わず大きな声を出すため、家族も夜眠れない状況が続く。また、夜間の大声に対して近所からも苦情があり、自宅にはいられないと思っただ家族が自宅から連れ出すような対応をしていた。

<入院 平成23年11月9日>

昼夜問わず大声を出すことが増え、家族もどう対応したらいいのかかわからず、長女自身も体調を崩してしまっていることでケアマネジャーから病院PSWに相談があった。受診調整し、家族と共に受診。外来治療での内服調整が困難であること、家族が心身ともに限界にきていることもあり、入院となる。

入院時の家族の希望：大声を出すため、夜眠れないし、家ではみられない。

本人の希望：（気持ちを確かめると）ありがとね。私はブタで…。

(3) 演習用シート (研修)

入院前～入院	演習1-② シート
<p>入院前～入院</p> <p>病室を空にするのが困難になった状態あるいは状況の出現や継続について</p> <p>入院前からの入院 (入院日: 年 月 日)</p> <p>どのような状態・状況になれば退院が可能か確認 受入病棟の生活状況の確認</p> <p>Q-1 本人・家族が何に困って入院をしてきたか●</p> <p>Q-2 主たる疾患の診断名●</p> <p>□血管性認知症 □アルツハイマー型認知症 □レビー小体型認知症</p> <p>□前頭葉型認知症 □認知症疑い □その他()</p> <p>Q-3 かかりつけ医● □無 □有(機関名: 主治医:)</p> <p>Q-4 合併症● □無 □有(疾患名:)</p> <p>Q-5 服薬●</p> <p>①主たる疾患 □無 □有 ②合併症 □無 □有</p> <p>Q-6 生活のしづらさの確保(生活で支障になっていること等)●*</p> <p>□特記事項</p> <p>Q-7 「私の気持ちの確保」●*</p> <p>□生活上の閉鎖にやや今後の生活への希望 □本人がやりたいこと</p> <p>□病棟に関する不安 □本人が希望する退院先</p> <p>Q-8 家族への満足がけ●(家族療育)の情報はアセスメントシートで確認</p> <p>退院項目 対応</p> <p>0-8-1 向居家族 □無 □有(職務: □治療方針の説明</p> <p>0-8-2 向居家族以外の介護者 □無 □有(職務: □家族面談の調整</p> <p>□家族の思いの傾聴</p> <p>□かかわり(介護)の経過の振り返り</p> <p>□各種制度・サービス等の情報提供</p> <p>□家族教室・家族会の案内</p> <p>0-8-3 家族が希望する退院先の確認 □在宅 □DH □老健 □有料</p> <p>□特養 □その他()</p> <p>□退院時の費用● □有 □無 □疑い</p> <p>Q-10 介護支援専門員等から病棟への情報提供 ●* (記載者: 確認日: 年 月 日)</p> <p>□支援が困難であると感じた理由 ()</p> <p>□入院になった経緯(生活状況も含め)の確認 ()</p> <p>本人の思い</p> <p>家族の思い</p> <p>ズレの状況 □無 □有(日本人・家族 □スタッフ □システム □地域)</p>	<p style="text-align: right;">班</p> <p style="text-align: center;">個人ワーク (15分)</p> <p>① 事例から読みとれたことを記載しましょう</p> <p>(1)本人が何に困っているか</p> <p>(2)本人の生活のしづらさ(生活で支障になっていることなど)</p> <p>(3)本人の気持ち</p> <p>(4)家族が何に困っているか</p> <p>(5)家族の気持ち</p> <p>② (1)～(5)の整理を基に、どのような状態・状況になれば退院が可能か考えましょう</p>
注1: *アセスメントシート記入項目 ●主に病院職員記入項目 *主に地域職員への確認項目 注2: 記入の際にはハイブック参照のこと	

入退院支援の促進(家族への支援)	演習2-① シート																		
<p>地域生活支援促進するための支援策の立案を促し、その効果の検証も行う</p> <p>入院前からの入院</p> <p>ケアマネの活用(退院先との連携)の決定</p> <p>0-1 認知ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-2 居宅訪問の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-3 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-4 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-5 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-6 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-7 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-8 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-9 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-10 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-11 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-12 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-13 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-14 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-15 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-16 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-17 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-18 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-19 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-20 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-21 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-22 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-23 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-24 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-25 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-26 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-27 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-28 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-29 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-30 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-31 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-32 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-33 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-34 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-35 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-36 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-37 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-38 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-39 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-40 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-41 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-42 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-43 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-44 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-45 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-46 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-47 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-48 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-49 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-50 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-51 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-52 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-53 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-54 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-55 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-56 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-57 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-58 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-59 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-60 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-61 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-62 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-63 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-64 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-65 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-66 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-67 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-68 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-69 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-70 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-71 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-72 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-73 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-74 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-75 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-76 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-77 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-78 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-79 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-80 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-81 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-82 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-83 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-84 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-85 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-86 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-87 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-88 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-89 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-90 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-91 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-92 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-93 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-94 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-95 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-96 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-97 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-98 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p> <p>0-99 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日) 0-100 在宅ケア実践の実践●* (記載者: 年 月 日)</p>	<p style="text-align: right;">班</p> <p style="text-align: center;">個人ワーク</p> <p>① 「ケア」の流れを整えるしずらさから、病棟および地域療育として、入院後(1週目)から「初期ケア実践」(2週目)までに行うこと、して欲しいこと、その意図や目的を記入しよう。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">「初期ケア実践」までに行うべきこと</th> <th style="width: 50%;">その意図(目的)</th> </tr> <tr> <td>【事例として】</td> <td></td> </tr> <tr> <td>【施設職員様のご意見】</td> <td></td> </tr> </table> <p>② 「初期ケア実践」で共有すべき課題(検討項目)を記入しよう。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">「実践ケア実践」までに行うべきこと</th> <th style="width: 50%;">その意図(目的)</th> </tr> <tr> <td>【事例として】</td> <td></td> </tr> <tr> <td>【施設職員様のご意見】</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">グループワーク</p> <p>③ 「実践ケア実践」(3週目)までに行うべきこと、して欲しいこと、その意図や目的を書き、出し合いましょう。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">「実践ケア実践」までに行うべきこと</th> <th style="width: 50%;">その意図(目的)</th> </tr> <tr> <td>【事例として】</td> <td></td> </tr> <tr> <td>【施設職員様のご意見】</td> <td></td> </tr> </table>	「初期ケア実践」までに行うべきこと	その意図(目的)	【事例として】		【施設職員様のご意見】		「実践ケア実践」までに行うべきこと	その意図(目的)	【事例として】		【施設職員様のご意見】		「実践ケア実践」までに行うべきこと	その意図(目的)	【事例として】		【施設職員様のご意見】	
「初期ケア実践」までに行うべきこと	その意図(目的)																		
【事例として】																			
【施設職員様のご意見】																			
「実践ケア実践」までに行うべきこと	その意図(目的)																		
【事例として】																			
【施設職員様のご意見】																			
「実践ケア実践」までに行うべきこと	その意図(目的)																		
【事例として】																			
【施設職員様のご意見】																			
注1: *アセスメントシート記入項目 ●主に病院職員記入項目 *主に地域職員への確認項目 注2: 記入の際にはハイブック参照のこと																			

本報告書は、厚生労働省の平成23年度障害保健福祉推進事業
の補助金を受けて作成されています。

「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の
地域連携の推進に関する調査事業」

報 告 書

平成24(2012)年3月 発行

発 行 : 社団法人 日本精神保健福祉士協会
160-0015 東京都新宿区大京町23番地3
四谷オーキッドビル7階
TEL.03-5366-3152
FAX.03-5366-2993

平成23年度障害者総合福祉推進事業

「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業」

認知症の人の 「退院支援・地域連携パス」 ガイドブック

平成24（2012）年3月



社団法人日本精神保健福祉士協会

Japanese Association of Psychiatric Social Workers

< 目 次 >

第1章【パスの概要】・・・・・・・・・・・・・1

1. 「退院支援・地域連携パス」作成の目的・・・・・・・・・・・・・1
2. パスの対象者・・・・・・・・・・・・・1
3. パスの構成・・・・・・・・・・・・・2
4. パスの使用方法・・・・・・・・・・・・・3
 - (1) 使用の手順 3
 - (2) 保管及び取り扱い方法 4
5. パス全体の留意点・・・・・・・・・・・・・5
 - (1) 記入及び使用に関する留意点 5
 - (2) アセスメントシートの記入における留意点 7
 - (3) 退院支援・地域連携パスの記入における留意点 7

第2章【使用と記入時の留意点】・・・・・・・・10

1. 【アセスメントシート】・・・・・・・・・・・・・10
2. 【退院支援・地域連携パス】・・・・・・・・・・・・・14
 - (1) 入院前～入院 14
 - (2) 入院を要する症状の改善期 18
 - (3) 退院調整期 30

第3章【記入例】・・・・・・・・・・・・・35

- 事例1・・・・・・・・・・・・・35
事例2・・・・・・・・・・・・・41

資 料・・・・・・・・・・・・・46

- 資料1【アセスメントシート】・・・・・・・・・・・・・47
資料2【退院支援・地域連携パス（支援者用）】・・・・・・・・52
資料3【退院支援・地域連携パス（本人・家族用）】・・・・56
資料4【情報提供同意書】・・・・・・・・・・・・・58

●執筆者

- 第1章 岩尾 貴 (石川県健康福祉部障害保健福祉課)
山本 めぐみ (財団法人浅香山病院)
東海林 崇 (株式会社浜銀総合研究所)
國重 智宏 (社団法人日本精神保健福祉士協会)
- 第2章 三溝 園子 (昭和大学附属烏山病院)
塩路 直子 (順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター)
高村 智子 (加賀市地域包括支援センター)
東 裕紀 (社会福祉法人鶴寿会サンライフたきの里)
- 第3章 山本 めぐみ (財団法人浅香山病院)

〈略語一覧〉* 「退院支援・地域連携パス」では以下の略語を使用しております。

- 医保：医療保護入院
任意：任意入院
国保：国民健康保険
健保：健康保険
生保：生活保護
GH：共同生活介護（グループホーム）
老健：介護老人保健施設
有料：有料老人ホーム
特養：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

第1章【パスの概要】

1. 「退院支援・地域連携パス」作成の目的

現在、精神科病床において認知症のために入院している患者数は約5万人とされています。認知症により入院している方を、新たな社会的入院としないためには、精神科病院（以下、病院）と介護保険サービス事業所（以下、事業所）が連携して退院に向けた支援を行い、併せて本人の思いを尊重した生活を地域で維持していくための支援体制を整えることが必要となります。

本協会では、平成23年度障害者総合福祉推進事業「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業」において、病院と事業所が連携するためのツールとして「退院支援・地域連携パス」（以下、パス）を開発しました。

「地域連携クリティカルパス」とは、「入院初期の段階からあらかじめ、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な退院を促し、入院期間を短縮する効果がある」¹とされています。

本事業で開発したパスは、入院中に病院や事業所が担う役割・機能を明らかにすることを通じて、本人の思いを尊重した生活にできるだけ近づける支援体制を構築することを目的としています。その結果、入院期間が短縮されたり、退院の可能性が広がったりする効果が期待されます。

2. パスの対象者

- ・ 認知症及び認知症の疑いで、精神科病院に入院している、あるいは入院予定の方を対象とします。
- ・ 在宅に戻るだけでなく、入所施設を目指す方も対象とします。

*ただし、このパスの有効性が高い方としては、BPSD²等の認知症の周辺症状の治療のために入院し、2～3か月の入院で在宅もしくは施設に退院できる方を想定しております。

¹ 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム編『新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2R：認知症と精神科医療取りまとめ』2011年、p.14.

² 近年では、これまで「周辺症状」と呼んでいた攻撃性、不穏、焦燥性興奮、脱抑制などの行動上の症状や不安、うつ症状、幻覚、妄想といった心理症状を「行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)」と呼ぶようになっています。

3. パスの構成

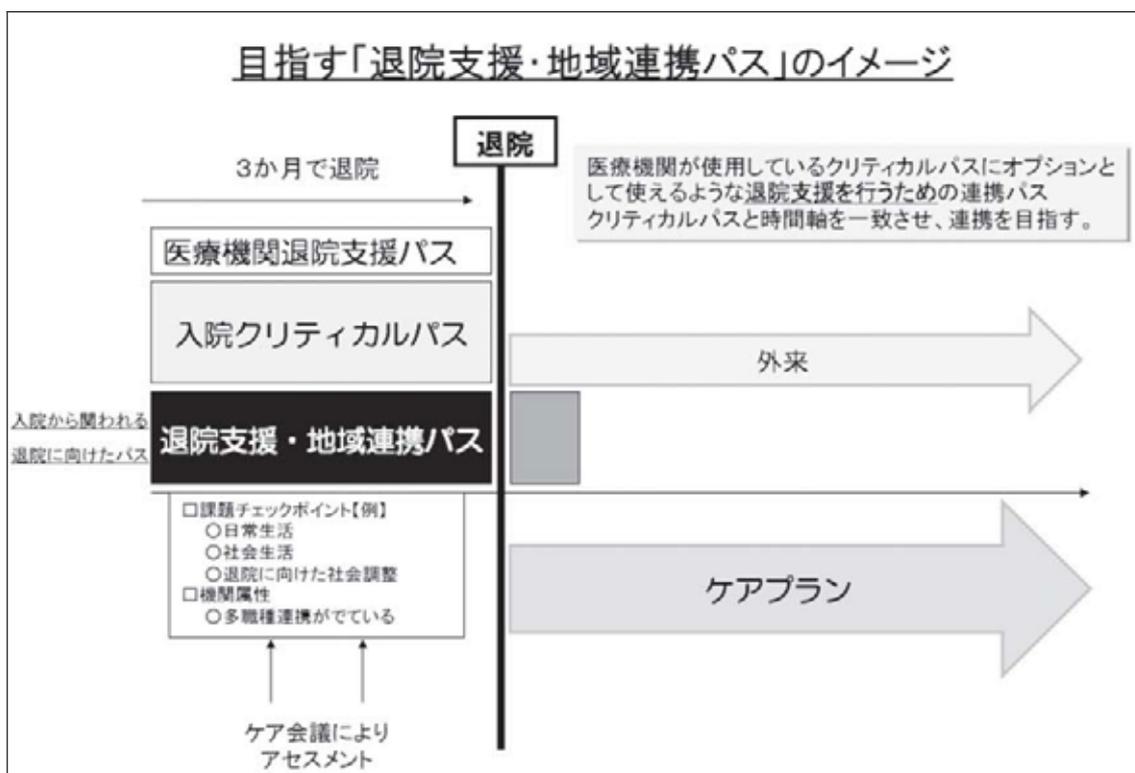
このパスは、①アセスメントシート ②退院支援・地域連携パス（支援者用） ③退院支援・地域連携パス（本人・家族用）の3部から構成されます。このパスは病院内で使用されているクリティカルパスのオプションとして、退院支援及び地域連携を目的として活用できるように、クリティカルパスと時間軸を一致させています。

また、地域連携には、精神科と身体科の病院間連携や病院と診療所との病診連携も含まれますが、このパスは精神科病院と事業所との連携を念頭において作成しています。

入院中は病院、在宅時には地域、と本人の支援者が変わるということではなく、病院も事業所も、本人の生活を支える「地域包括ケアチーム」の一員であり、同じ目標のもとに、お互いの専門性を尊重しあいながらチームで関わるのが大切であると考えます。病院では、入院前の本人の生活状況を知り、院内での取り組みに活かし、事業所では、入院中の取り組みを活かした生活支援を行うことで、本人の生活の質を向上することができると考えられます。

「本人の生活」を中心に捉え、それぞれの支援者が繋がりチームで関わること（＝連携）がよりよい支援への第一歩であると考えます。本事業で開発したパスを活用することで、本人を中心とした「地域包括ケアチーム」での退院支援が可能となり、その結果、退院後の本人の生活がより豊かなものになることが期待されます。

図1：目指す「退院支援・地域連携パス」のイメージ



このパスの全体像は図2の通りとなります。まず、「入院前～入院」といった実際に入院するまでの準備期間と入院期間に分かれます。入院期間は「入院を要する状態（症状）の改善期」と「退院調整期」とに分かれ、前者は主に入院治療と本人や家族の気持ちを確認する機関とな

ります。後者は入院に向けた「初回ケア会議」に基づき、地域生活を送るための調整が行われる期間です。

「入院を要する状態（症状）の改善期」については、「院内チームによる情報共有」「院内カンファレンス」を通じて病院内の治療方針の共有が初期の段階で行われ、治療がある程度安定した段階で本人の気持ちを確認、家族面談を実施することを想定しています。その後、外泊の取り組みを行った上で「初回ケア会議実施」に至ります。

なお、入院前から介護支援専門員がいれば、本人・家族への働きかけを行い、ケア会議に向けた準備をお願いします。また、院内で行われるケア会議には可能な限り出席してもらうようにし、退院後の地域生活をサポートしてもらいます。

図2：目指す「退院支援・地域連携パス」の全体像



4. パスの使用方法

(1) 使用の手順 (図3を参照)

①入院前～入院時

入院時に病院のソーシャルワーカー等地域連携を担当している職員（以下、連携担当職員）が家族や関係者から入院前の生活の様子等を聴き取り、**アセスメントシート**に記入します。併せて**退院支援地域連携パス（支援者用）**の使用も開始します。

使用前に本人と家族に対して、支援のために関係機関に対して情報の提供を行うこと、本人や家族が提供したくない情報については提供しないことを説明し、「**情報提供同意書**」（資料4）を取ってください。本人や家族が提供したくない情報については「**情報提供同意書**」の特記事項の欄に具体的に記入してください。

***入院前に介護支援専門員がかかわっていた場合**

入院の可能性が高い場合には、事前に病院から介護支援専門員等の事業所職員に**アセスメントシート**への記入を依頼します。事業所側は、入院までに**アセスメントシート**を用意して病院側へ情報提供を行います。入院後、病院は事業所に**退院支援地域連携パス（支援者用）**を渡し、その後は双方で上書きしていきます。事業所も病院へ情報を提供する前には、本人や家族に説明の上、同意書を取るよう心がけてください。

・退院支援・地域連携パス（本人・家族用）

入院時に病院職員から本人と家族に**退院支援・地域連携パス（本人・家族用）**を1枚ずつ渡します。パスは更新できるようになっているので、家族面談やケア会議時には持参して頂きます。本人用は、本人が管理することが可能であれば、できる限り本人で管理できるように配慮してください。

②入院を要する症状の改善期～退院調整期

入院中は、病院の連携担当職員を中心に**退院支援・地域連携パス（支援者用）**に情報を記入していきます。●印は病院に関する項目です。★印は事業所に関する項目です。

事業所の介護支援専門員等が支援チームに加わった時点で、病院の連携担当職員はその時点までの**退院支援・地域連携パス（支援者用）**をコピーして事業所に提供します。

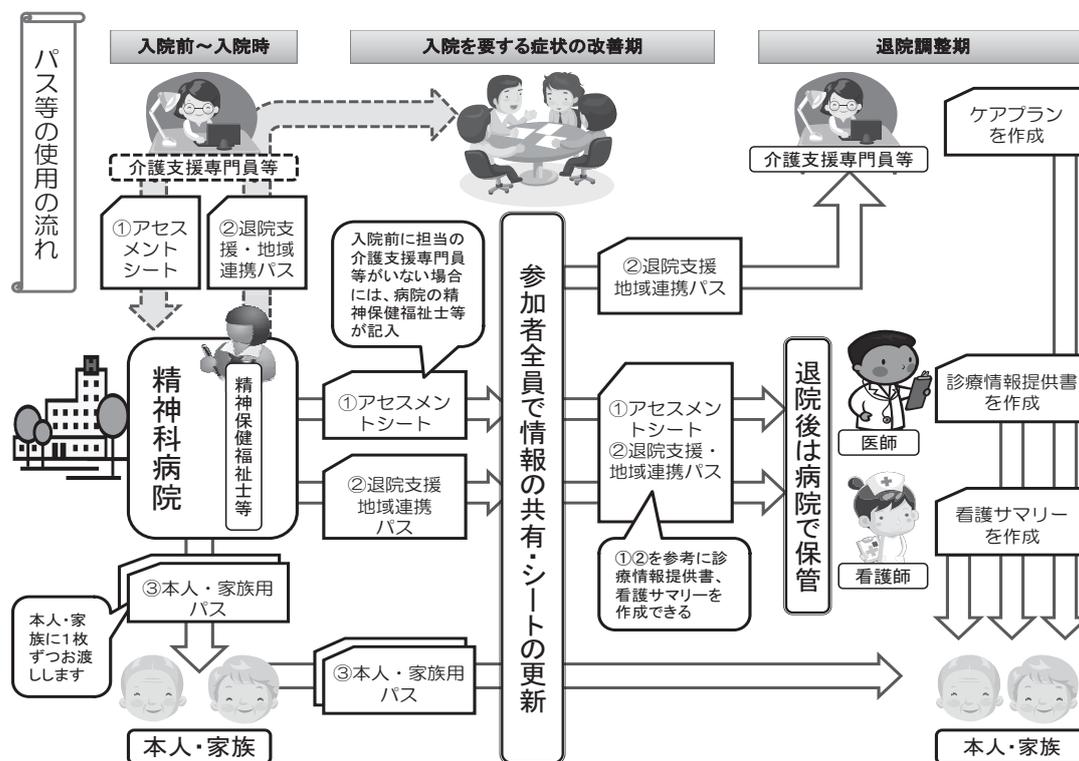
病院も事業所も1枚の**退院支援・地域連携パス（支援者用）**に各々の機関で上書きしていきます。この時期からは、病院用と事業所用の2枚の**退院支援・地域連携パス（支援者用）**が動いていくことになります。

（2）保管及び取り扱い方法

アセスメントシート、退院支援・地域連携パス（支援者用）は個人記録の中への保管を推奨します。個人情報ですので、退院後も保管及び個人情報の取り扱いに気をつけてください。

また、介護支援専門員等の地域の事業所においては、パスに示されている★印を意識してかわることとなります。病院の連携担当職員の聴き取りやアセスメントシートへの記載について、協力することとなります。事業所としての個人情報の取り扱いに注意を払うことはもちろんのことですが、退院支援・地域連携パスの目的を十分に理解しておくことが求められます。

図3 パス等の使用の流れ



5. パス全体の留意点

(1) 記入及び使用に関する留意点

①分かりやすい言葉を使いましょう

支援者にとっては当たり前のことでも、本人や家族にとっては、初めての体験や初めて聞く言葉かもしれません。疲れていたり、遠慮していたりすると、支援者の発言の意図や意味が分からなくても「はい」と答えてしまうこともあります。説明や確認は分かりやすい言葉で行いましょう。

また、支援者同士でも、医療や介護の専門用語、略語等は、お互いに理解することが難しかったり、違う理解をしてしまったりする可能性があります。なるべく専門用語は用いず、分かりやすい言葉で記入してください。

②本人・家族が話しやすい雰囲気づくりを心がけましょう

本人や家族から聴き取って記入する際には、上から順番にパスの項目を埋めていくように質問するのではなく、本人や家族が自分自身で表現できる場・雰囲気づくりを支援者は心がけてください。チェックが入らなかった項目については支援者側で意識し、その理由を考えます。

③すべての項目を埋めることが目的ではありません

このパスの目的は全ての項目を埋めることではありません。パスを記入することを通して、入院中に各々が行う役割や担う機能を明確にし、認知症の人に対するケアの質を上げることを目指しています。項目を埋めることに固執せず、書ける部分から記入してください。

④具体的な事実を記入してください

パスに記入する際には、事実を具体的に記入してください。推測を記入する場合には、その理由や根拠（誰が何を根拠に発言したのか）が分かるように記入してください。

⑤記入者名等を記入してください。

「（記入者： 実施日： 年 月 日）」欄がある場合には、実施された日時と内容を確認した者の名前を記入してください。

⑥本人や環境がもつ力に着目してください

本人や本人をとりまく人・場・機関は多くの力や可能性をもっています。例えば、本人がおしゃれな人であった場合には、地域のなじみの美容室に行くことで、生活が生き生きしたものとなるかもしれません。その場合には、本人の美容へのこだわりが本人の力となり、また、なじみの美容室や美容師が地域の力となります。入院中ですので、本人の症状や家族の事情等を把握することも大切ですが、課題ばかりに着目すると、支援の幅が狭まってしまいます。

支援者が本人たちのもつ力や可能性に気づき、その力を強めることで、例え症状や家族の事情等が残っていたとしても、支援課題としては後退することもあります。本人、本人をとりまく人・場・機関のそれぞれがどのような力や可能性を秘めているのかを検討し、本人・家族と共に生活の全体状況を見つめましょう。

⑦本人の思いを聴いてください

認知症を有する人の場合、特に言語的なコミュニケーションが難しい場合には、本人の思いを尊重した支援とは言い難い状況も見受けられます。たとえ言語的なコミュニケーションが難しい場合であっても、表情や行動、本人のなじみの習慣や好み等から、本人の思いを感じとる工夫をしてください。その際には、感じとった理由も記入しましょう。

⑧家族の思いを聴いてください

家族をとりまく状況や思いもそれぞれ異なります。また、家族だからこそできること（受けとめられること）とできないこと（受けとめられないこと）があることを支援者は認識しておく必要があります。家族に理解や役割を求める前に、家族一人ひとりの思いをしっかりと聴くことを優先しましょう。その経過が、家族の有する力の発揮を可能にします。性急に結論を求

めるのではなく、家族自身が気持ちを整理できたり、考えることのできる時間を保障したりしながら、出会いの場面から最終ケア会議の場面まで、家族の状況や思いの理解に努め、話し合いの機会を丁寧に持つことこそが家族支援につながります。

⑨個人情報の扱いは本人・家族の了承の上で行ってください

個人情報の扱いには、本人・家族の同意を取るように心掛けてください。本人や家族には、支援者や本人や家族双方に対して提供している情報と提供したくない情報があります。例えば、家族から経済的虐待を受けている場合、本人は家族に年金額を知らせたくないでしょう。誰に、どの情報を提供していいか丁寧に確認して同意書を取るようにしてください。

(2) アセスメントシートの記入における留意点

センター方式に限らず、既に各機関で使用しているアセスメントシートがあり、そのシートに様式1と同様の項目があれば、そのシートを使用して頂いて構いません。

(3) 退院支援・地域連携パスの記入における留意点

本人のおかれている全体状況をアセスメントし、これまでの地域や家族とのつながりを切らない支援を検討してください。

パスには、各項目に「0 - 1」や「7 - 1」といった番号³が振ってあります。この番号はガイドブックの番号と対応していますので、書き難さを感じた場合には、ガイドブックの該当ページで記入方法を確認してください。

<目安となる時期>

ここで示した時期はあくまでも目安です。本人の状態や周囲の状況等により、ズレは生じます。ただし、本人は退院できる状態であるにもかかわらず、家族の都合で入院期間が長期化したり、病院側の都合で退院の方向になったりした場合等には、<ズレの要因>の項目を必ず記入して、対応策を検討してください。

<目標>

<目安となる時期>において達成されるべき状態のことを指します。<目安となる時期>において目標が達成されなかった場合には、<ズレの要因>の項目の有にチェックした上で、その内容毎に分類して、チェックしてください。

³ この番号の左側の数字は<目安となる時期>を表しています。右の数字は確認項目を上から順に並べています。右の数字の順番は支援の流れを意識して並べていますが、支援の流れの中で前後することはあります。

<入院中に本人が取り組むこと>

入院中に本人がこれから「どうなりたいか」「どうしたいか」を言えるようになることが大切です。言語的な表現が難しい場合であっても、本人の表情や振る舞いから推測しながら、確認する必要があります。入院中は、治療、リハビリテーション、身体の機能の維持が大きな目標となりますが、生活支援の視点から、病院において本人のできることとできないことを明確化し、本人が取り組むことを検討してください。

<治療目標>

精神症状の安定化、身体合併症の治療、心理的サポート等治療目標を記入してください。

<本人の思い>

「～したい」という本人の希望や本人が感じている不安や困りごと等について記入してください。明確な思いが確認できない場合や時間の経過やかかわりの中で気持ちに変化がみられる場合には、その理由も記入しておきましょう。また、自宅退院の希望も確認してください。

<家族の思い>

家族が感じている不安、本人にどのようになって欲しいか等の希望、家族が安心できる状態について記入してください。入院時には、自宅退院の希望も確認してください。家族が自宅退院の可能性を検討していれば「どのような課題が解決(改善)されれば自宅で暮らせそうか」という点も聞き取って記入してください。

<ズレの要因>

パスを使用してもパス通りの支援経過を辿るとは限りません。パスの経過通りに進まず、<目安となる時期>に<目標>を達成できなくなった場合には、そのズレの要因を確認します。

ズレがなく、<目安となる時期>に<目標>が達成された場合には、無をチェックします。<目安となる時期>に<目標>が達成されなかった場合には、有にチェックし、4項目（「本人・家族要因」「職員要因」「システム要因」「地域要因」）のいずれかに分類して、評価し、対応を考えます。

◆本人・家族要因：本人や家族に起因するもの

例)「本人の合併症」「配偶者も認知症のため判断能力が低下」「介護疲れによる主介護者の抑うつ状態」「主介護者の入院」「同居家族の失業による経済的困窮」「家族の自己判断による服薬中断」など

◆**職員要因**：病院や事業所の職員の力量によるもの

例) 「病院職員の介護保険サービスに関する知識不足」「地域の支援者の認知症に関する医療知識の不足」「リハビリテーションに関する専門技術の不足」「本人や家族にかかわる時間が十分にもてない」等

◆**システム要因**：病院や事業所のシステムによるもの

例) 「病棟職員のマンパワー不足により、身体拘束が解けない」「経営の観点から介護報酬に算定できない病院訪問に消極的な居宅介護支援事業所」「経営の観点から積極的に退院支援に取り組めない病院の方針」等

◆**地域要因**：地域の医療・保健・福祉環境に起因するもの

例) 「地域における認知症の専門医の不足」「認知症支援に対応できる訪問看護ステーション、訪問介護等の事業所の不足」「地域における入所施設の不足」等

＜今回の支援で見えてきた制度的及び地域課題＞

＜ズレの要因＞欄に記入したもののうち、職員の個人的努力や一機関の努力では解決できない「制度的及び地域課題」について記入します。

この欄で明らかにした課題（例：「退院前に施設での生活が可能か体験宿泊をしたいが、介護保険の制度上、利用できない」「人口密集地域のため、人口に応じた入所施設を確保できない」）については、認知症疾患医療連携協議会や地域包括支援センター連絡会、介護支援専門員連絡会等の公的な場を活用して、支援関係者の間で共有し、地域の介護保険事業計画等に反映させていくことを目指します。

第2章【使用と記入時の留意点】

1. 【アセスメントシート】

アセスメントシートは、入院治療の過程であっても、本人の暮らしに対する思いや願いをかかわる人たちが理解し、本人を主体とした退院後の生活が意識されるように、『認知症の人のためのケアマネジメント センター方式』(以下、センター方式)⁴を参考に作成しています。

センター方式は、認知症ケアの理念である「その人の尊厳と本人本位の暮らしの継続を支援すること」をケアの現場で活かすための共通のツールとして開発されました。センター方式を活用することによって、本人の視点に立って小さな発見と小さな取り組みに挑戦していく仲間を増やし、その人を地域で包み込むように機能するためのチームを育む効果が得られています。

入院治療の過程において、できるだけ入院前の状態や状況に近づけるために、あるいは本人にとって最も適切な場への退院支援に向けて検討するために活用します。信頼関係の深まりの中で各々の関係者が把握できたことを記入し、情報を蓄積して本人のケアに役立てましょう。

アセスメントシートには、確認できた本人の言葉をそのまま記載しましょう。家族や支援者が本人の表情やしぐさから、本人の気持ちを汲み取ることが出来た場合には、本人の具体的な表情やしぐさをそのまま記載し、支援者がその表情やしぐさをどのように理解したのかも併せて記載します。家族が理解できたことなのか、支援者が理解できたことなのかも区別して記載しておけるとよいでしょう。

情報提供に際しては、病院の連携担当職員及び事業所のいずれも、その都度、本人や家族に提供の目的・内容・提供先を丁寧に伝え、同意を得ておくことが不可欠です。

A 「私の気持ちの確認」

ここで言う「私」は本人を指します。「私」という言い方に統一することで、家族や地域、かかわる側の意向と本人の意向を明確に区別すること、本人の真の希望は何かを常に問うための姿勢をかかわる側に意識してもらうことが目的となります。

かかわりの中で本人についての多くの情報を得たにもかかわらず、今の本人の姿や声を見失ったまま支援を行うことも少なくありません。入院時の課題をできるだけ小さくしながら、本人の生き方への支援を行うという視点が重要となります。本人の生活をなり立たすために必要な医療を受けるには、本人や家族にとって負担の少ない状況を見出すことが大切です。そのためにも最小限の本人の希望や要望を把握しておきたいものです。

⁴認知症介護研究研修東京センター、認知症介護研究研修仙台センター、認知症介護研究研修大府センター編『改訂第2版 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方』認知症介護研究・研修東京センター発行、2011年。

B 「経済状況」

退院先として施設を希望される場合、施設の種別等によって利用料金が異なるため、経済状況によって選択できる施設が限定されてしまう場合があります。家族がいても金銭的な援助が難しい場合もありますので、本人の生活に使える月額を確認してください。また、経済的情報に関しては、本人も家族もお互いに知られたくないという状況も考えられるので、その様な場合には、アセスメントシート「B 経済状況」への具体的な記入は避け、詳細は個人記録に記入してください。

C 「暮らしの情報」

本人にとって安心できる環境や自分らしく過ごせること、暮らしの中での本人なりの工夫等を支援者が知ることは、本人らしさを大切にすることでとても重要です。本人の言動の背景が生活史から理解できる場合も少なくありません。また、暮らしの場が変わることによって受けるダメージや暮らしの中での出来事がどのように本人に影響を与えてきたかを把握することを通じて、本人の現状の理解や今後の支援のあり方を検討するための材料となります。

また、入院前の住環境についても把握しておきましょう。退院後の生活における住環境の整備の必要性を検討するための項目となります。住宅改修の必要性がない場合においても、入院前の住環境で本人が安心して過ごせるための工夫や配慮について、確認できたことがあれば空きスペースに書き留めておきましょう。入院前と退院後とで、生活の場が変わる場合もあります。入院前の生活環境において工夫・配慮されていたことを、退院後の生活支援に携わる支援者に伝えることによって、その後の生活への配慮が可能となります。

ここでの情報をケアのヒントやアイデアに展開し、本人の現状の理解と支援方針や内容（本人の願いや支援してほしいこと）を検討するために活用します。

D 「家族情報」

単に家族構成やキーパーソンを確認するのではなく、各々の家族が本人に対する医療や介護、生活に対してどのような思いを持っているのかを確認します。その際、支援者は、家族の支援する力を期待した質問とならないように気をつけてください。この項目では、家族自身の悩みや希望、要望等を聞くようにします。家族の心情に触れる項目であるため、本人と家族、家族間、支援者と家族との関係性にも配慮する必要があります。情報収集を急がず、信頼関係を築きながら確認し、理解できた内容が正しいかを相互に確認しあいましょう。

家族構成はジェノグラム⁵で図示し、家族と本人との関係性が一目でわかるような工夫をします。直接ケアに携わっているか否かにかかわらず、家族は本人のその人らしさやなじみの暮らし等に関する貴重な情報をたくさん持っています。本人と家族のつながりや家族の思いを知り、支援のあり方をともに考えるために活用します。

⁵ ジェノグラムとは、家族関係を分かりやすく図式化したもので、家族内で繰り返されている問題を把握に有効なマッピング技法のひとつです。

また、家族自身も暮らしの支援やケアを必要としている場合も少なくありません。本人のよりよい暮らしを考えるためのパートナーとしてだけでなく、家族自身の生活も大切にできるような支援のあり方を共に考えましょう。

虐待が疑われる場合、家族等は虐待している自覚がない場合も考えられるので、ケア会議等で家族の目に触れる可能性がある場合には、詳細は個人記録に記入してください。

E 「私の資源マップ」

認知症の人の暮らしを家族やケアの支援者だけで支えるのはとても難しいことです。自分らしく暮らすことを支えてくれている人や場所等を記入し、生活支援に活かせる資源を見つけ、本人にとってのなじみを介した関係づくりも検討します。その際、つながりのある（あった）人や場所等とともに、本人にとってのつながりの意味も吹き出し等で追記できるとよいでしょう。

認知症によって、本人が接する人や活動の場が狭まり、自分らしい・なじみの暮らしや心身の力を発揮する機会が少なくなります。そのために不安やストレスを抱え、周辺症状を現している人も少なくありません。地域のさまざまな人との接点やなじみの場所を持っていた人としての本人理解が不可欠です。自宅や施設だけをケアの場とするのではなく、本人が暮らしている地域を資源として捉え、暮らしの支え手同士のつながりが深まるような支援のあり方を検討していきましょう。

「私の資源マップ」に書かれた地域の人等が、場合によっては本人や家族の暮らしを脅かす存在となっていることがあります。早期発見や対応を図る上でもこのシートを活かして、かかわる人の間で事実を確認し合しましょう。

F 「入院前の1日の過ごし方と暮らしを支えるサービス及び主な担当者」

入院前に、本人が営んでいた過ごし方や暮らし方を記入します。本人が再び取り戻したいと考えている過ごし方が捉えられるように、日課だけでなく生活上大切にしていることも併せて記入することで、本人らしい1日の過ごし方が理解しやすくなります。

また、入院前から介護保険サービスを利用している場合には、そのサービス種別等を記入しますが、本人と家族の生活の中で、支援が必要な時間帯や曜日に必要なサービスが導入できるかを見極めるために活用できます。

G 「暮らし方・自分らしさ」

長年なじんだ習慣や好みを知ることで生活支援のヒントを導きます。本人のなじみの習慣や好みと日常ケアにズレが生じると本人の不安や不快等に結びつき、その結果として周辺症状や自立度の低下等を招いている場合が少なくありません。本人が培ってきた暮らし方と現在の状態や状況との違いを明確にし、自分らしく暮らし続けるための支援方法を検討しましょう。また、歳を重ねることによって好みや習慣が変化することもあります。これらの変化も含め、本人にとっての『これまで』『いま』『これから』の生活の連続性を大切にし、本人が安心できる暮らし方を見出すための手立てとしても役立てることができます。

H-1 「暮らしの場面における生活動作」

できるかできないかの判断が重要なのではなく、できそうなことやしたいことを見つけて本人の力を引き出す工夫をする等、本人ができるための支援方法を検討することが重要となります。

まず、「入院前の情報」を担当の介護支援専門員や地域関係者、本人や家族に記入してもらうか、連携担当職員等が聞き取りを行い、記入します。その上で、入院後2週目に行われる「2-1 院内カンファレンス」やそれまでの期間における病院内での取り組みの経緯や結果を「入院中の情報」に記入していきます。

いずれにしても、していないことやできないと思われる生活動作の中には、認知症によって適切にできない状況が生み出されている場合や周囲がさせていないものも少なくありません。また、機能的にも意欲的にも支障はないものの、長年の習慣等から、したくないといった場合もあります。「できてしている」「できるがしていない」「できない」の項目のどこに○印を記入すべきか迷う場合には、記入者が○印を付けた根拠を明確にしておくことが大切です。H-2「本人の希望やこだわり」の項目と同時並行にアセスメントを進め、「本人の希望やこだわり」にそって、「自分でできる」可能性を見出し、適切な支援のあり方や環境の調整を検討します。

入院前と入院中で、状況に変化がみられる場合や日によって状況が異なる場合も同様です。なぜ、変化するのかを考え、「入院中の情報」のH-3「自分でできるために必要な支援・できないことへの配慮や環境等の工夫等」の欄にその要因を記入し、適切な支援のあり方や環境の調整を検討します。

H-3 「自身でできるために必要な支援、できないことへの配慮・環境等の工夫等」

この欄をできるだけ具体的に記入することによって、かかわり方の相違点や共通点が明確になります。さらに、できなくなっている状態や状況に適切に対応しないことが、本人を混乱させることにつながります。できなくなったことを無理にさせたり放置したりせずに、手助けや代替等の工夫をどのように行うかについて本人の視点に立って検討します。

支援者が本人の些細な変化を共有することは、支援内容を統一していくためにも役立ちます。自分らしく暮らすことを支えるための支援を具体化するためにこのシートを活かしましょう。

Hは入院前の情報と入院中の情報を比較できるよう、分けて記入できるようになっています。入院中は、在宅と異なり評価できない項目もあるかと思えます。評価の漏れ等をなくすため、評価できない項目は「入院中」に×印をつけて下さい。

2. 【退院支援・地域連携パス】

(1) 入院前～入院

【記入例】

0-1 本人・家族が何に困って入院をしてきたか●
<p>〔 本人:夜眠れない・(幻視・幻聴に対して)怖い 長女:大声を出して近所から苦情がくる。夜寝ないので自分も休めない。どんな対応をすればいいのか。 〕</p>
0-2 主たる疾患の診断名●
<p><input type="checkbox"/>血管性認知症 <input type="checkbox"/>アルツハイマー型認知症 <input checked="" type="checkbox"/>レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/>前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/>認知症疑い <input type="checkbox"/>その他()</p>
0-3 かかりつけ医● <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(機関名: 主治医:)
0-4 合併症● <input type="checkbox"/> 無
<p><input checked="" type="checkbox"/>有 〔 疾患名:尿路感染症 発熱しやすい。発熱したときには受診。受診時に抗生剤の処方あり。 〕</p>
0-5 服薬●
<p>①主たる疾患 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有 ②合併症 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有</p>
0-6 生活のしづらさの確認(生活で支障になっていること等) ●*
<p><input checked="" type="checkbox"/>特記事項</p> <p>〔 本人:夜、眠れない。身体がふらついて思うように動けない。 MILに行きたいのに、行けなくてつらい。 長女:近所からの苦情。自分が休めない。対応方法がわからない。 〕</p>
0-7 「私の気持ちの確認」 ●*
<p><input checked="" type="checkbox"/>生活上の困りごとや今後の生活への希望 <input type="checkbox"/>本人がやりたいこと <input checked="" type="checkbox"/>病気に関する不安 <input checked="" type="checkbox"/>本人が希望する退院先</p>

ポイント

本人が地域での生活を継続できない状況、状態に陥っている時期です。支援者は、顕在化した精神症状や周囲が理解や対応が難しいと感じることだけではなく、本人を取り巻く環境も含め、地域生活を継続できない要因について、総合的に把握します。

【記入上の留意点】

0-1 「本人・家族が何に困って入院をしてきたか」

家族が本人の在宅生活の継続を困難と感じ、入院を希望した理由について記入してください。病院職員が考えた入院理由と一致していないこともあるので留意してください。自宅退院希望の有無も入院時に確認してください。本人及び家族が自宅退院の可能性について検討を希望する場合には「どのような課題が解決(改善)されれば自宅に戻り暮らせそうか」という点も聞き取り、記入してください。

0-2 「主たる疾患の診断名」

認知症の診断が確定している場合は、該当する疾患にチェックしてください。なお、入院時には診断が確定していない場合には、認知症疑いにチェックの上、確定後に訂正してください。

0-3 「かかりつけ医」

専門医のみならず、日頃認知症に関する相談や投薬を受けている医療機関があれば、記入してください。

0-4 「合併症」

身体科と精神科で特に日常生活に影響を与える疾患名を記入してください。

0-5 「服薬」

糖尿病のインスリンや血栓症の治療に用いるワーファリン等注意を要する薬の服用の有無について確認してください。

0-6 「生活のしづらさの確認」

アセスメントシートに記入した内容で、特に多職種で共有した方がよいと思われる内容を記入してください。虐待を受けたと思われる場合には、特記事項の欄に具体的内容（例：「背中にアザがあった」「年金を息子に取り上げられて使用されている」等）を記入してください。

0-7 「私の気持ちの確認」

アセスメントシートに基づき、確認できているかチェックし、具体的な内容を本人の思いの欄に記入してください。

【記入例】

0-8 家族への働きかけ●（「家族情報」の詳細はアセスメントシートで確認）

確認項目	対応
0-8-1 同居家族 □無 <input checked="" type="checkbox"/> 有→(続柄:長女夫婦・孫)	<input checked="" type="checkbox"/> 治療方針の説明 <input checked="" type="checkbox"/> 家族面談の調整 11月▲日(水) 15時 ~11月28日に変更 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の思いの傾聴 <input checked="" type="checkbox"/> かかわり(介護)の経過の振り返り <input type="checkbox"/> 各種制度・サービス等の情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> 家族教室・家族会の案内 <input checked="" type="checkbox"/> 家族への支援 <input type="checkbox"/> 具体的な内容 <input type="checkbox"/> 当面、休養をとることを勧める。
0-8-2 同居家族以外の介護者 <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有→(続柄:)	
0-8-3 家族が希望する退院先の確認 □在宅 □GH □老健 □有料 □特養 <input checked="" type="checkbox"/> その他【今の所不明】	

0-9 虐待の有無● □有 無 □疑い

【記入上の留意点】

0-8 「家族への働きかけ」内の「家族面談の調整」

「3-2 家族面談の実施」の日程をあらかじめ設定しておきましょう。入院前から介護支援専門員等がかかわっている場合には、家族面談への同席の同意を得ましょう。介護支援専門員等への連絡は本人・家族へ依頼しましょう。

0-8 「家族への働きかけ」内の「家族への支援」

「対応」の欄に記入されている項目以外に提供が可能な支援がある場合には、チェックの上、具体的な内容（例 「対応の仕方や声掛けの工夫をお伝えする」「2週間は距離をおいて休息するよう促す」）を記入してください。

0-9 「虐待の有無」

既に地域や行政が介入している事例のみでなく、医療機関で虐待に気付く場合も多く想定されます。身体的、心理的、性的、経済的な虐待、介護・世話の放棄・放任等の虐待を疑う点がないか確認をしましょう。

<入院前から介護支援専門員がかかわっていた場合>

【記入例】

0-10 介護支援専門員等から病院への情報提供 ●★

(記載者:PSW 確認日:23年11月14日)

支援が困難であると感じた理由

(大声や不眠の状況ではショートステイの受け入れが困難と言われた。)

入院になった経緯(生活状況も含め)の確認

(本人の大声や興奮、夜間不眠による家族の介護疲れと体調不良。)

ポイント

入院に際して必要な情報という捉え方だけでなく、本人の生活支援をする上で必要な共通項目として事前情報を共有し、その情報を基に新たな、あるいは必要な情報を積み上げていくような形態で捉える必要があります。

ここでは、介護支援専門員あるいは事業所での支援が困難であると感じた理由や入院となった経緯を確認します。支援の困難さや入院までの経緯を確認することによって、入院治療で緩和できる内容か周囲のかかわり方や環境の問題かを見極めます。その際、本人の生活状況や介護支援専門員が事前に把握している情報についても、アセスメントシートを基に確認しておくとい良いでしょう。

(2) 入院を要する症状の改善期

入院後 1 週目

【記入例】

1-1 院内チームによる情報共有●

(記載者:看護師 実施日:11月15日)

確認項目
<input checked="" type="checkbox"/> 治療方針の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 治療目標の共有 <input checked="" type="checkbox"/> 「入院前～入院」時の情報共有 <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項 〔長女に対応方法を伝える必要有り。 対応方法がわかれば、自宅退院も可能と思われる。〕

ポイント

病院によっては「新患紹介」と呼ぶところもあります。病棟でのスタッフミーティング等の場で、入院後、初めて院内の多職種チームで、入院の経緯や治療方針、治療目標、「入院前～入院」時の情報を共有します。特に「O-1 本人・家族が何に困って入院をしてきたか●」を必ず確認しましょう。

【記入上の留意点】

2-1 「院内カンファレンス」

本人や家族の希望する退院先が、現実的に選択しづらい（例：要介護度は低いが特養入所を希望している。）場合も珍しくありません。本人や家族の希望と、病院職員による今後の見立てにズレがある場合等は、特記事項に記入しておきましょう。

2-2 「院内での取り組みの確認」

アセスメントシートHを活用し、院内での取り組みを検討しましょう。さらに、アセスメントシート「H 入院中の情報」欄に評価を記入してください。ここでの評価は、「3-2 家族面談の実施」や「5-1 初回ケア会議の実施」「7-1 最終ケア会議の開催」で本人・家族、関係者と共有する大切な情報となります。また、治療経過やかかわり方によって評価した内容が変更したり、具体化したりすることもあるので、できるだけ追記していきましょう。

<入院前から介護支援専門員がかかわっていた場合>

【記入例】

2-3 本人・家族への働きかけ★（記載者：PSW 確認日：11月28日）

- 病院訪問による本人の状況・意向の確認
- 家族の状況・意向の確認
- 病院との情報共有の同意

2-4 病院職員との連携★

- 情報交換

ポイント

ソーシャルワーカーなど地域連携を担当している病院職員は、入院治療の経過を踏まえ、介護支援専門員などに対して「家族面談」への参加や「ケア会議の開催に係る調整」を行います。

介護支援専門員は、本人の状況を確認するために病院を訪問し、病院側と情報交換を行うと共に、本人と面会して退院後の生活に関する意向の確認を行います。併せて、家族状況現在の気持ち、今後の意向を確認しておきます。本人の状況の変化や病院内での具体的な取り組み内容を確認することで、退院後の生活に向けた課題を見出し、本人や家族、病院側と共有するための準備を行います。

また、退院調整に係る課題を共有することにより、退院後の生活の場や支援内容、サービス調整を具体化します。その際、本人の意向と周囲の意向が異なることも考えられます。十分に検討を重ね、本人や周囲の人が納得し、折り合いをつけられるようにかかわることが大切です。

【記入上の留意点】

2-3 「本人・家族への働きかけ」

本人が入院した後も、本人や家族とのかかわりを心がけましょう。病院訪問し、本人と面談をする場合には、家族に同意を得る必要があります。併せて「3-2 家族面談」に向けての意向も確認しましょう。その際、退院先に関する意向だけを確認するのではなく、その理由についても具体的に把握しておく必要があります。また、家族が本人に面会したり、面会時に病院職員からどのような説明を受け、どのように感じたか等も確認できるとよいでしょう。

自宅退院、施設入所を問わず、本人や家族にとってのよりよい暮らしの支援となるような働きかけを意識することが求められます。

本人・家族へ、病院職員と情報共有を図りながら連携をとっていくことに対しても同意を得ておきましょう。

2-4 「病院職員との連携」

担当の介護支援専門員として、治療経過の確認と治療による本人の変化を理解しておくことが、退院後の生活支援を検討する上で大切です。入院前のよい状態に近づいているのか、あるいは新たな課題が発生しているのかを、継続的に確認していくためにも病院職員との連携は欠かせません。

この項目は、あえて2週目に項目設定をしていますが、病院職員との連携については常時心がけていきましょう。

入院後3週目

【記入例】

3-1 「私の気持ちの確認」 ● ＊←家族面談前に確認

(記載者:看護師 確認日:11月26日)

- 生活上の困りごとや今後の生活への希望 病気に関する不安
本人が希望する退院先 本人がやりたいこと 本人がやりたいことへの取組

3-2 家族面談の実施●(記載者:PSW 実施日:11月28日)

参加者:家族(長女) 本人 介護支援専門員 その他()

主治医 看護師 ソーシャルワーカー その他病院職員(OT)

確認項目
<input checked="" type="checkbox"/> 病状の説明
<input checked="" type="checkbox"/> 治療的課題の評価
<input checked="" type="checkbox"/> 生活動作(H)を共有＊
<input checked="" type="checkbox"/> 本人と家族の退院に対する意向のズレを確認: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→「目標を妨げる要因」に記入
<input checked="" type="checkbox"/> 退院に向けた課題の整理
<input type="checkbox"/> 集団の中での本人の様子 <input type="checkbox"/> 地域住民調整要否→ <input type="checkbox"/> 要(調整者)
<input type="checkbox"/> 经济管理状況(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他、 <input type="checkbox"/> 問題の有無)
ADLの低下に伴う、立位保持訓練と住宅改修の必要性の再確認。 病院ではある程度落ち着いた状況であることから、自宅での様子を確認する必要がある。
3-2-1 家族への働きかけ
<input checked="" type="checkbox"/> 情報提供
<input checked="" type="checkbox"/> 家族の意向の明確化
<input checked="" type="checkbox"/> 在宅希望→ <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の決定※入院前のケアマネが継続
<input type="checkbox"/> 施設希望(種別: <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他:)
希望する理由:
<input checked="" type="checkbox"/> 外出・外泊の調整(孫の休日に調整→12月11日14時～12月12日16時)

👉ポイント

入院中に何度も関係者が集まることは難しいかもしれません。家族面談に関係者が同席する場合は初回ケア会議と同時開催することも可能です。入院前から、介護支援専門員などが関わっている場合は、家族の了解を得た上で、可能な限り同席してもらいましょう。家族から了解が得られない、または関係者の都合で同席できない場合は、事前に情報提供を求めたり、初回ケア会議に出席してもらえたりできるよう働きかけましょう。

なお、家族面談時にまだ治療が優先される状態にある場合には、病状説明や課題の評価をした上で、再度、家族面談日を設定してください。時期については、医師と相談の上、2～4週間後を目安に調整してください。

【記入上の留意点】

3-1 「私の気持ちの確認」

アセスメントシートにもとづき、確認できているかチェックしてください。家族面談時に家族や地域の支援者と共有する必要があるため、家族面談前には確認を行ないましょう。

3-2 「家族面談の実施」

家族面談では、一度に多くの情報を家族に伝えることとなります。医師からの病状説明等を家族がどのくらい理解できたかを確認し、専門用語等分かりにくい部分については、家族が理解できるようサポートしてください。

「 治療的課題の評価」

院内カンファレンスで明確化した課題の評価について家族に説明していることを確認してください。

「 生活動作（H）を共有」

アセスメントシートHの入院中の評価を共有するとともに、入院前の評価と変化している点を共有します。また、共有する内容は、できなかったことのみならず、焦点を当てるのではなく、できていることや良さを共有することが大切です。

「 本人と家族の退院に関する意向のズレを確認」

本人と家族の退院に対する意向が必ずしも一致するとは限りません。意向のズレがある場合には、意向に違いがあることを双方が認識した上で、十分に検討を重ねる必要があります。できるだけ、双方が納得し、折り合いをつけられるようにかかわりながら調整を進めていきます。

「 退院に向けた課題の整理」

退院に向けての課題をチェックした上で、具体的な内容を記入してください。

3-2-1 「家族への働きかけ」

家族へ退院後の生活について意向を確認します。まず、退院後の生活の場について、選択可能となるような情報提供をしましょう。家族への十分な説明や確認、検討を経て、家族の意向を確認してください。在宅を目指す、又は在宅も検討したいという意向がある場合には、外出・外泊を行なう調整をしてください。これは、入院中に見ることができない在宅での課題の確認や、本人の在宅生活に対する家族の不安を解消するためにも非常に重要です。

在宅への退院の意向が明確となった場合は、担当の介護支援専門員が決まっているかを確認し、決まっていない場合は家族に手続きをしてもらうための支援を行います。また、要介護度の区分変更の必要性も検討し、調整を行います。

入院前から介護支援専門員がかかわっていた場合>

【記入例】

3-3 家族面談への参加★

【記入上の留意点】

3-3 「 家族面談への参加」

「2-3 本人・家族への働きかけ」において、本人や家族状況の変化や退院後の生活についての意向を確認しておきます。その上で、退院後の生活を具体化するための課題を整理します。介護支援専門員は、課題に基づき必要な事項の調整を行います。

入院後4週目

【記入例】

4-1 外出・外泊の取り組み●★

(記載者:看護師 確認日:12月12日)

できたことの確認

大きな声を出さずに過ごすことができ、夜もよく眠れた。
また、排便もトイレでできた。

できなかったこと・心配な点の確認

確認項目	今後の対応
通所リハビリ再開に向けて、玄関から送迎車までの移動が心配。	住宅改修・福祉用具の手配。 家族に対する介助方法の伝達。 送り出しの際に訪問介護も利用できることを伝える。

外泊結果の確認

家族面談時との変更→無 有 理由:

ポイント

3 - 2「家族面談の実施」で整理した「退院に向けた課題」への対応策を外出・外泊で取り組み、評価を行います。できなかったことや心配な点については、その対応策を検討し、具体的に記入しましょう。また、できたことやよかったことなどを記入することで、本人・家族もそれぞれの力に気づくことができます。ここでの評価内容が、次の5 - 1「初回ケア会議」で共有されます。

【記入例】

4-2 初回ケア会議参加に向けての準備★

生活に対する意向の確認

本人 家族(続柄:長女)

4-3 自宅訪問の実施★

(訪問日:12月12日 訪問者:Hケアマネ)

外出・外泊の取り組みの確認

【記入上の留意点】

4 - 2 「初回ケア会議の参加に向けての準備」及び4 - 3 「自宅訪問 の実施」

入院前からかかわっていた介護支援専門員だけでなく、新たに担当となった介護支援専門員は、「5 - 1 初回ケア会議の実施」前に、外出・外泊の取り組みの確認を行います。可能な限り、外出・外泊時に自宅訪問を実施し、そこでの課題を共有しながら、退院後の生活に対する意向についても本人や家族に確認します。

特に新たに担当となった介護支援専門員にとって、自宅訪問の実施は顔合わせも含めて、本人の持つ力の発見や家族状況、住環境や地域の協力体制等を把握する機会にもなります。本人や家族にとって安心できる場での面談は生活に対する意向もより詳細に聞くことが可能となります。

これまでも、「2 - 3 本人・家族への働きかけ」や「3 - 3 家族面談への参加」等で、本人や家族の意向を確認する機会を設けていますが、「4 - 1 外出や外泊の取り組み」から退院後の生活における支援のポイントを具体化し、必要となる地域資源等の見立てを行います。

入院後5週目

【記入例】

5-1 初回ケア会議の実施●★

(記載者:看護師 開催日:12月20日)

参加者:本人 家族(長女) 介護支援専門員 その他()

主治医 看護師 ソーシャルワーカー その他病院職員()

確認項目		
5-1-1 経過の共有		
<input checked="" type="checkbox"/> 病状の説明	<input checked="" type="checkbox"/> これまでの取り組みの確認・共有	
<input checked="" type="checkbox"/> 退院後の生活に関する留意点の確認		
<input checked="" type="checkbox"/> 医療上(からだの病気、精神症状、服薬など)に関する留意点		
<input checked="" type="checkbox"/> 生活上の配慮		
<input type="checkbox"/> その他の留意点		
5-1-2 本人の意向確認・共有		
<input checked="" type="checkbox"/> 生活に対する意向の確認→「本人の思い」の欄に記入		
<input checked="" type="checkbox"/> 地域資源利用に係る意向の確認→「本人の思い」の欄に記入		
5-1-3 家族の意向確認・共有		
<input checked="" type="checkbox"/> 家族面談時との変更→ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 理由:	}	
<input checked="" type="checkbox"/> 在宅希望→ <input checked="" type="checkbox"/> 家族ができることの確認(ケア可能な時間及びケア内容の確認)		}
<input type="checkbox"/> 午前中に一人になる時間帯があるが、他の家族の協力も得られる		
<input type="checkbox"/> 施設希望(種別: <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他:)		
<input checked="" type="checkbox"/> 地域資源利用に係る意向の確認		
5-1-4 生活支援課題の確認		
<input type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 活動・社会参加 <input type="checkbox"/> 同居者の有無	}	
<input checked="" type="checkbox"/> 1人になる時間 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 服薬回数の調整 <input type="checkbox"/> 家屋修繕		
寝たきりにさせたくない。自宅での介護方法の助言を行う。		
できるだけ、トイレで排泄ができるように取り組む。		
<input checked="" type="checkbox"/> 本人の生活に対する意向の反映		
<input type="checkbox"/> 治療目標の見直し		
<input checked="" type="checkbox"/> 特記事項		
立位が保てるようにリハビリについて検討。	}	
手先が器用なので、タオルたたみ等を行なってもらい、		
自宅や通所リハビリでも継続できるようにする。		

☞ポイント

初回ケア会議は退院に向けて取り組まれてきた内容について、ケア会議の参加者全員で確認・共有し、退院後の生活についてより具体的に検討する場となります。そのため、退院後の生活にかかわる地域の事業所にはなるべく多く参加していただきましょう。地域の事業所の参加については、担当の介護支援専門員に調整を依頼します。

【記入上の留意点】

5-1-1 「経過の共有」

まず、本人の治療経過と現在の病状に関する医師の説明を聞きます。次にこれまでの院内での取り組みや、外出・外泊の取り組みについて確認し、共有します。さらに、退院後の生活の場を想定しながら、本人の病状に関わる生活上の留意点を確認し、共有しましょう。特に施設サービスや介護サービスを利用する際に留意すべき点がある場合には、具体的な対応方法も併せて共有しましょう。

5-1-3 「家族の意向確認・共有」

事前に行った外出・外泊の取り組みの評価を基に、退院後の生活の場に対する希望を再度確認しましょう。この時点で、在宅から施設へ方針が変更となる場合も想定されます。次の5-1-4「生活支援課題の確認」に大きくかかわります。

5-1-4 「生活支援課題の確認」

項目をチェックの上、参加者全員で退院後の具体的な生活を検討し、取り組む課題を抽出します。次の5-2「自宅訪問の実施」へつながる課題になります。アセスメントシートHに記載した内容を参考に、より具体的な記述を心がけましょう。

【記入例】

5-2 自宅訪問の実施●★（記載者:PSW 訪問日:12月27日）
（訪問者:担当看護師・PSW・OT）

できたことの確認

- * 排泄介助の方法を具体的にアドバイスした。
- * 福祉用具貸与◎◎事業所から家族への情報提供
- * 手すり等の設置位置の確認
- * 通所リハビリ再開に係る調整
 - ① 家族の意向の確認 ② 通所リハビリ内でのプランの確認

同席者:通所リハビリOT・福祉用具貸与担当者

できなかったこと・心配な点の確認

確認項目	対応
精神症状が再発した時が心配。	▲▲病院・担当者の確認。 幻視への対応方法について助言。

【記入上の留意点】

5-2 「自宅訪問の実施」

5-1「初回ケア会議」で抽出した5-1-4「生活支援課題」に対する取り組みを、自宅訪問時に評価します。

(3) 退院調整期

【記入例】

7-1 最終ケア会議の開催★●(記載者:PSW 開催日:1月12日)

参加者: 本人 家族(長女Bさん) 介護支援専門員

主治医 看護師 ソーシャルワーカー その他病院職員(OT)

サービス提供事業所の担当者(OT) その他(福祉用具担当者)

確認項目
<input checked="" type="checkbox"/> 前回のケア会議での決定事項の評価 <input checked="" type="checkbox"/> 取り組んだ内容の評価 <input checked="" type="checkbox"/> 課題の整理→ <input checked="" type="checkbox"/> 新たな課題の発生・課題の変更及び継続的課題の確認 【下肢筋力の低下による介護負担の増大】
<input checked="" type="checkbox"/> 本人の生活に関する意向の共有 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の介護に対する意向の共有 <input checked="" type="checkbox"/> 退院後の生活に関する留意点の確認 <input checked="" type="checkbox"/> からだの病気に関する留意点 【尿路感染を防ぐため、飲水量の確認とトイレでの排泄を促す】
<input checked="" type="checkbox"/> 精神症状に関する留意点 【入院中とは環境が異なるので、状態の変化があればすぐに相談】
<input checked="" type="checkbox"/> 服薬に関する留意点 【病院と自宅では環境が異なるため、症状を見ながら調整】
<input checked="" type="checkbox"/> 生活上の配慮 【甘いものの食べ過ぎによる体重の増加に留意すること】
<input checked="" type="checkbox"/> その他の留意点 【車いすからのずり落ちや転倒に注意】
<input checked="" type="checkbox"/> 家族への支援 <input checked="" type="checkbox"/> 対応技術の共有・伝達 <input checked="" type="checkbox"/>家族が困難と感ずることへの支援
<input checked="" type="checkbox"/> サービス調整に係る進捗状況の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 今後の外来受診の予定 <input checked="" type="checkbox"/> 相談窓口の明確化(2頁上、「関係者連絡先」に記入の上、確認) <input checked="" type="checkbox"/> 「私の資源マップ」の作成* <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項 【幻視や見聞違いの頻度を減らすための環境への配慮点の確認 どこでどんな時に、どんな状況で何が見えたかの把握と体調に留意すること】

退院日(24年1月16日)

退院先(自宅)

通院先(▲▲病院)

初回外来予定日(24年1月23日)

ポイント

退院調整期は「本人と家族が安心して地域生活を送るための支援体制の整備と状況の調整」に主眼を置き、これまでの「本人の思い」「家族の思い」「取り組み経過」について「最終ケア会議」を活用しながら整理し、介護支援専門員が作成した「ケアプラン（原案）」をもとに退院後の地域生活支援体制の調整と確認を行います。

最終ケア会議の開催にあたっての事前準備として、①本人と家族に「最終ケア会議」の開催目的を丁寧にお伝えし、②前回のケア会議で決定した取り組み内容を踏まえ、必要に応じて、「最終ケア会議」の場で本人や家族がこれまでの取り組み内容や思い、今後の意向などを表現できるように事前に整理する機会を設け、③退院後の地域生活について具体的に話し合うにあたり、本人と家族がだれに参加してもらいたいのか（その理由）の意向を踏まえ、参加者の検討（選定）を行い、④開催日時の調整を行います。一連の事前準備に際しては、病院の連携担当職員などと介護支援専門員などが連携を図り、事前準備の進め方と各々（病院および事業所など）の役割について打ち合わせておくことが大切です。

【記入上の留意点】

7-1 「最終ケア会議の開催」

アセスメントシート「D 家族情報」「E 私の資源マップ」欄等も活用しながら最終ケア会議の参加者を検討しましょう。本人や家族、病院職員・介護支援専門員・事業所の担当者等とともに、本人の望む地域生活に必要な地域関係者（なじみの友人・近隣住民・民生委員等）の参加についても検討し、「参加者」欄にある「□ その他（ ）」欄に記入します。

その際、本人や家族にどのような人に参加してほしいか、あるいはどのような人が参加するかを事前に確認しておくことも大切です。

「□ 前回のケア会議での決定事項の評価」

前回のケア会議を踏まえ、本人・家族・支援者の取り組み内容や結果について話し合います。その上で、「□ 本人の生活に関する意向の共有」「□ 家族の介護に対する意向の共有」を図りながら、課題を整理し、「□ 新たな課題の発生・課題の変更及び継続的課題の確認」を行い、具体的な内容と取り組み期間についても記載します。取り組み内容の評価及び課題の整理にあたっては、本人や家族の満足度と退院後の生活にどのようにつながるのかを重視し、どのように課題の解決が図れたか、そもそも課題設定や取り組み内容が本人のニーズにそったものであったかも含めて確認を行います。

「□ 本人の生活に関する意向の共有」

アセスメントシート「A 私の気持ちの確認」「H-2 本人の希望やこだわり」等も振り返りながら、今一度、本人が望むこれからの生活についての意向を明確化し、共有を図ります。

「□ 家族の介護に対する意向の共有」

アセスメントシート「C 家族情報」欄等も活用しながら、家族の介護に対する意向と共に、家族の本人に対する思い、家族自身の生活に対する意向も併せて更に理解を深め、共有を図ります。

「□ 本人の生活に関する意向の共有」及び「□ 家族の介護に対する意向の共有」の共通項目

「□ 取り組んだ内容の評価」と本人が生きてきた歴史・暮らし方・暮らしの中で大切にしてきたこだわり等とも照らし合わせながら（1人のひととして生きてきた姿や歴史にふれながら）、参加者全員で入院に至った経過や治療経過を踏まえ、本人の望む暮らし方、生き方にまなざしを向けることを意識しましょう。

また、これまでの期間の中で、①日々どのように本人・家族と支援者とが信頼関係を深められたか、②どのように本人や家族と話し合い、その時々意向を理解できたか、③どのように情報提供や場面の共有が図れたかが求められます。これまでと同様に、本人と家族が自らの生活を築いていくために、本人や家族が自分自身で表現できる場・雰囲気づくりを支援者は心がけます。

「□ 退院後の生活に関する留意点の確認」

ここでは、からだの病気、精神症状、服薬等、医療面に関する留意点について、病院職員から本人・家族・事業所に理解しやすい言葉で説明を行います。

また、「□ 生活上の配慮」では、本人の意向や生活の中でのこだわり等が尊重されているか、本人と家族にとっての生活が24時間滞りのないものになっているか、地域の実情に沿ったものになっているか（なじみの店の定休日や営業時間、ゴミ出しの曜日や時間、地域の見守り体制、地域行事や慣わし等）、季節ならではの暮らしぶりにそったものになっているか（墓参り、法事等）等にもまなざしを向け、具体的にどのような配慮が必要かを話し合います。

「□ その他の留意点」では、①②以外で配慮や留意が必要と考えられることを出し合います。

「□ 家族への支援」

これまでの家族へのかかわりを踏まえて、家族支援の必要性及び具体的な内容についての確認を行います。退院後、継続的に家族支援に取り組む場合には、誰が、どのように家族とのかかわりを持つのかを家族の意向に沿って明確にしておきます。

「□ サービス調整に係る進捗状況の確認」

事業所の調整担当者（介護支援専門員等）から、ケアプラン（原案）にそって調整結果（サービス内容・利用目的・利用頻度・利用予定事業所の状況や意向等）を伝え、参加者全員で共有します。その上で、最終ケア会議で話し合われた内容も踏まえ、再調整（新たな調整事項も含め）の必要性を検討します。

「□ 今後の外来受診の予定」

退院後の外来受診日時（予定）を明確にしておきましょう。他医療機関への受診が必要な場合にも同様です。医療上の留意点とあわせて、退院後、どのような体調不良（精神症状）が起きたときに、どこに、どのように受診することができるのかを明確にしておくことが、本人・家族・地域関係者の退院後の生活の営みに向けての安心につながります。

「□ 相談窓口の明確化」

退院後の相談窓口（担当者、連絡先等）を確認し、本人や家族等の承諾が得られたい「関係者連絡先」に記入しておきましょう。退院後の生活において、タイムリーな相談・支援のために重要です。

「□ 『私の資源マップ』の作成」

アセスメントシート「E 私の資源マップ」の作成や見直しにより、本人が望む生活の明確化や共有、本人の有するつながり（本人にとってのつながりの意味も含め）の理解、活用してきた地域資源や今後活用できそうな地域資源の模索を行います。

「□ ケアプラン（原案）の確認」

最終ケア会議一連の流れのなかで、介護支援専門員等が作成したケアプラン（原案）の内容の確認（修正事項の確認も含め）を進めます。

【記入例】

7-2-1 退院支援に係る手続き・情報共有●

診療情報提供書の用意

看護サマリーの用意

7-2-2 退院支援に係る手続き・情報共有★

サービス調整の結果の確認

ケアプラン(原案)の共有

【記入上の留意点】

7-2-1～2 「退院支援に係る手続き・情報共有」

退院後の地域生活の支援体制整備の進捗状況を見極めながら病院職員は「診療情報提供書の用意」「看護サマリーの用意」を行います。必要に応じて、リハビリテーションにかかわる情報提供等の退院支援に係る手続き・情報共有も行います。介護支援専門員等は「サービス調整の結果の確認」「ケアプラン(原案)の修正及び修正内容の共有」を行います。

第3章 【記入例】

〔事例1〕 西 太郎さん（仮名） 68歳 男性

A 県出身。26歳時結婚。子どもはいない。会社員として定年まで勤める。無口で真面目。人付き合いは苦手で、仕事の付き合いで飲みに行く以外は友人もいない。休日は自宅で過ごし、将棋や競馬などのテレビ番組を見て過ごす事が多かった。妻との関係は良好で、年1回は妻と旅行していた。

53歳時、会社の健康診断で糖尿病と指摘され、B 医院に通院を始める。60歳で定年退職。以後、ほとんど自宅で過ごしていた。62歳時、糖尿病が悪化しインシュリン注射がはじまる。

65歳時、風呂場で倒れ、救急車でC 病院に搬送される。脳梗塞との診断で入院。左半身麻痺があり、リハビリ目的でD 病院に転院。D 病院では、看護師や理学療法士に「触るな!」「ばかやろー!」と強い口調で怒鳴ったり、午前中にリハビリ室に行ったことを忘れて「ほったらかしか!」と怒ることがあった。また、妻が面会に行ったことを忘れて「なんで来ないのか!」と怒鳴りつけることもあった。リハビリが思ったほどうまく進まず、立位保持可能となった時点で自宅へ退院することとなる。D 病院より、E 病院での鑑別診断を勧められ、退院後 E 病院を受診し、脳血管性認知症と診断された。

退院後は週3回のデイサービスと週1回の訪問リハビリを利用。それ以外は、妻が本人の介護にあたった。妻に対して、「遅い!」「へたくそ!」と言って怒鳴ることはあったが、手をあげることはなかった。時折、「すまん」「ありがとう」など妻をいたわる言葉もみられた。

1週間ほど前より、妻が更衣を手伝おうとすると、「触るな!」と言って妻の髪の毛を引っばったり、頬を平手打ちするようになる。また、排泄の介助も嫌がり、一人で行おうとするも、一人ではうまくできず失敗してしまい、「お前のせいや!」と怒鳴りつけ、杖で妻を叩くなどの暴力行為が出現。妻は、本人のことを怖がっており、介護することができなくなってしまったため、E 病院に相談し入院となる。

認知症の人の「退院支援・地域連携バス」記入例〔事例1〕

NO.	E 病院	病棟	氏名: 西太郎 (男・女)	DM/口/口S	年 月 日	x 年 x 月 x 日生 (68 歳)	主治医:	担当看護師:	ソーシャルワーカー:	介護支援専門員 (入院時):
入院前住所: A 県 x x 市 x x 町	自宅	口GH	口施設	口病院	口その他	生命: 口老齢	口遺族	口障害	口生保	口その他
主介護者氏名: 西花子	(続柄: 妻)	年齢: 歳	主介護者住所: 自宅と同じ	入院形態: 口医保	口任意	口その他	後見人氏名:	後見人連絡先	緊急連絡先①	
要介護度: (入院前) 要	口申請中	口区分変更中(申請日 年 月 日)	入院前利用サービス(口訪問介護 口訪問看護 口短期入所生活介護 口通所介護 口その他(訪問リハビリ	入院前利用サービス(口訪問介護 口訪問看護 口訪問看護)	口短期入所生活介護 口通所介護 口その他(訪問リハビリ					
時 間	入院前～入院									
捉 える 視 点	地域生活を維持することが困難となった状態あるいは状況の出現や継続について									
目 安 と なる 時 期	入院前から入院 (入院日: 年 月 日)									
標 標	①本人がどのような状態・状況になれば退院が可能か確認 ②入院前の生活状況の把握									
治 療 目 標	情報共有 薬物調整									
治療的課題及び生活支援課題	<p>1-1 院内チームによる情報共有 ● (記載者: 実施日: 年 x 月 日)</p> <p>確認項目</p> <p>口治療方針の確認</p> <p>口治療目標の共有</p> <p>口「入院前～入院時の情報共有</p> <p>口特記事項</p> <p>本人の介護を行う際には、必ず事前に声を掛け、できるだけ了解を取ってから行うこと</p> <p>妻の面会は、スタッフのいるフロアで行ってもらうこと</p>									
	<p>2-1 院内カンファレンス ● (記載者: 実施日: 年 x 月 日)</p> <p>確認項目</p> <p>口入院前から現在までの経過の共有</p> <p>口「暮らしの情報の共有 *</p> <p>口家族が希望する退院先(0-8-3)の共有</p> <p>口治療的課題の明確化</p> <p>口暴力行為の軽減</p> <p>口生活動作の明確化 * (アセスメントシートH-1「入院中」に記入)</p> <p>口治療目標の確認</p> <p>口特記事項</p> <p>在宅への退院を目標とし、妻が介護しやすい工夫を考える。</p> <p>妻の面会時に移乗・更衣を行い、介護方法を統一する。</p>									
	<p>2-2 院内での取り組みの確認 ● (記載者: 確認日: 年 x 月 日)</p> <p>口生活動作に対する取り組みの確認 *</p> <p>(アセスメントシート2～3「入院中」の作成)</p>									
	<p>2-3 本人・家族への働きかけ ★ (記載者: 確認日: 年 月 日)</p> <p>口病院訪問による本人の状況・意向の確認</p> <p>口家族の状況・意向の確認</p> <p>口病院との情報共有の同意</p> <p>2-4 病院職員との連携 ★</p> <p>口情報交換</p>									
入院前から介護支援専門員がかわりつていった場合	<p>0-1 本人・家族が何に困って入院をさせたか ●</p> <p>妻が介護しようとする、平手でのいたり髪を引っ張ったりするため、自宅で介護が困難となった。妻への暴力行為がなくなれば自宅へ退院が可能</p> <p>0-2 主たる疾患の診断名 ●</p> <p>口血管性認知症</p> <p>口アルツハイマー型認知症</p> <p>口レビー小体型認知症</p> <p>口前頭側頭型認知症</p> <p>口認知症疑い</p> <p>口その他</p> <p>0-3 かかりつけ医 ● 口無 口有 (機関名: 診療所 主治医: 先生)</p> <p>0-4 合併症 ● 口無</p> <p>口有 (疾患名: 脳梗塞後遺症(左片まひ) 糖尿病 高血圧)</p> <p>0-5 服薬 ●</p> <p>①主たる疾患 口無 口有</p> <p>②合併症 口無 口有</p> <p>0-6 生活のしづらさの確認 (生活で支障になっていること等) ● *</p> <p>口特記事項</p> <p>左片まひのため、移乗や更衣等に介助が必要</p> <p>最近介護への拒否が強く、十分な介護が行えない状況であった</p> <p>0-7 「私の気持ちの確認」 ● *</p> <p>生活上の困りごとや今後の生活への希望 口本人がやりたいこと</p> <p>病気に関する不安 口本人が希望する退院先</p> <p>0-8 家族への働きかけ ● (家族情報の詳細はアセスメントシートで確認)</p>									
	<p>0-9 虐待の有無 ● 口有 口無 口疑い</p>									
入院前から介護支援専門員がかわりつていった場合	<p>0-10 介護支援専門員等から病院への情報提供 ● ★ (記載者: 確認日: 年 x 月 日)</p> <p>口支援が困難であると感じた理由 (デイサービスでも入浴時にスタッフを叩くなどの介護抵抗が強く対応に苦慮している)</p> <p>口入院になった経緯(生活状況も含め)の確認 (妻への暴力行為が続き、在宅介護が困難となった)</p>									
本人の思い	「うるさい! ほんと!」と会話を拒否しており確認困難									
家族の思い	一生懸命やっているつもりなのに拒否されて辛い。暴力を振るわれるのではないかと思い、本人に触れるのが怖い									
スシの要因	口有 → 口本人・家族 口スタッフ 口システム 口地域									

注1: *アセスメントシート記入項目 ●主に病院職員の記入項目 ●主に事業所職員の記入項目 注2: 記入の際にはガイドブック参照のこと

地域関係者 連絡先	担当者名 所属機関	連絡先	今回の支援で見えてきた制度的及び地域課題
時間軸	退院調整期	退院調整期	
捉える視点	入院を要する症状(状態)の改善期	入院を要する症状(状態)の改善期	本人と家族が安心して地域生活を送るための支援体制の整備と状況の調整について
目安となる時期	入院後4回目	入院後5回目	入院後7回目～退院(退院日: 年 月 日)
治療目標	退院の方向づけ	①ケア会議の実施	退院後の生活支援体制の調整・確認
治療課題及び生活支援課題	<p>4-1 外出・外泊の取り組み★ (記載者: 権路日: 年 月 日)</p> <p>症状の安定を継続する</p> <p>退院後の生活支援体制の調整・確認</p>	<p>5-1 初回ケア会議の実施★ (記載者: 開催日: 年 月 日)</p> <p>5-2 自宅訪問の実施★ (記載者: 訪問日: 年 月 日)</p> <p>5-3 経過の共有</p> <p>5-4 今後の対応</p>	<p>7-1 最終ケア会議の開催★ (記載者: 開催日: 年 月 日)</p> <p>7-2 退院後の生活支援体制の調整・確認</p>
本人の思い	<p>早く退院したい、自宅で生活したい、妻と暮らしたい</p>	<p>介護への思い 入浴以外はできる限り自分自身が介護したい</p>	<p>退院が決まっってうれい!</p>
家族の思い	<p>早く退院させてやりたい、在宅介護を請願したい</p>	<p>早く退院したい、自宅で生活したい、妻と暮らしたい</p>	<p>夫婦で頑張っってやっていきます</p>
ズシの要因	<p>無 有→本人・家族 □スタッフ □システム □地域</p>	<p>無 有→本人・家族 □スタッフ □システム □地域</p>	<p>無 有→本人・家族 □スタッフ □システム □地域</p>

★主に事業所職員の見入項目 注2:記入の際にはガイドブック参照のこと

★主に事業所職員の見入項目 ●主に病院職員の記入項目

注1: *アセスメントシート記入項目

9 - 38 -

[事例2] 東 花子さん(仮名) 80歳 女性

A 県出身。23歳時結婚し B 県に転居。以後現在まで B 県在住。結婚後は専業主婦。25歳時に長男、27歳時に長女を出産。夫は仕事一筋で、家事・子育ては本人が一人ですべて行っていた。社交的で PTA 役員や町内会役員などを積極的に引き受けていた。

50歳時に長女が結婚し家を出て、本人宅から2駅離れたところへ住んでいる。55歳時に長男が結婚。長男一家は本人宅に同居している。長男結婚後も、家事全般は本人が行っていた。孫を可愛がり、幼稚園の送り迎えなどを行っていた。70歳時に夫が急性心筋梗塞で死亡。

72歳頃より、買い物に行くたびに同じものを買ってきたり、夕食の献立が同じものが続いたり、町内会で同じ内容の発言を何度もしたりするようになった。かかりつけ医より C 病院での鑑別診断を勧められ、アルツハイマー型認知症と診断された。主治医の勧めにより、週2回デイサービスに通いはじめた。町内会の役員は任期満了とともに辞めた。

74歳頃より、料理の手順が分からなくなったり、鍋を焦がしたりすることがあった。また、冬になっても半袖の服のまま過ごそうとしたり、洋服を前後反対に着用したりすることがあった。数分前に話したことを忘れ、日に何十回も親戚宅に同じ内容の電話をすることがあった。

76歳頃より、長男の事を夫と間違えたり、長男の妻を妹と間違えたりするようになる。近所のスーパーに買い物に行って、帰り道が分からず、近所の人に連れ帰ってもらったり、自宅にいるのに「A 県の家に戻る」と言って荷物をまとめたりするようになった。出て行くと一人では帰ってこられないため、出て行くたびに長男の妻が後ろからついて行き、ある程度の所で声をかけて自宅に連れて戻っていた目が離せない状態が続き、家族(特に長男の妻)の疲労がたまり、デイサービスを週5回利用するようになったが、デイサービスでも「家に帰ります」と言って外に出ようとするようになった。週末は長女が本人宅に泊まるようになるが、長女は働いており、次第に長女の疲労もたまってきた。在宅介護の継続が困難となることも予測され、介護支援専門員と相談の上、特別養護老人ホームへの入所申し込みを行うが、数百名の待機者があり、入所の目途は立たず。

先月より、昼夜問わず「家で母が待っているので帰ります」と出て行こうとするようになる。夜間に数回、出て行ってしまい、警察に保護されることがあった。家族が制止しようとする手振り払い、叩いたり物を投げたりする。また、大きな声で「助けて!」と叫ぶようになる。デイサービスでも、「帰ります」と言い外に出ようとして、制止しようとするスタッフの手を噛んだり、叩いたりするようになり、サービス利用継続が困難となる。

かかりつけ医より C 病院への入院を勧められ、介護支援専門員より C 病院の精神保健福祉士に相談の上、C 病院に入院となる。

地域関係者 連絡先	担当者名 介護支援専門員(退院時):	所属機関	連絡先
時間軸	今回の支援で見えてきた制度的及び地域課題		
捉える視点 目安となる時期	退院調整期 本人と家族が安心して地域生活を送るための支援体制の整備と状況の調整について		
治療目標	入院後4週目 退院の方向づけ	入院後5週目 ②退院先と退院時期の設定	入院後7週目～退院(退院日: 年 月 日)
治療課題及び生活支援課題	<p>4-1 外出・外泊の取組み●★ (記載者: 確認日: 年 月 日)</p> <p>□できたことの確認 本人の精神症状が落ち着かないこと、家族の意向で実施できず</p> <p>5-1-1 経過の共有 □病状の説明 □これまでの取組みの確認・共有 □退院後の生活に関する留意点の確認 □医療上(からだの病気、精神症状、服薬など)に関する留意点 □生活上の配慮 □その他の留意点</p> <p>5-1-2 本人の意向確認・共有 □生活に対する意向の確認→「本人の思いの欄」記入 □地域資源利用に係る意向の確認→「本人の思いの欄」記入</p> <p>5-1-3 家族の意向確認・共有 □家族面談時との変更→□無 □有 [理由: □在宅希望 →□家族ができることの確認(ケア可能な時間及びケア内容の確認) □施設希望(種別: □OH □老健 □有料 □特養 □その他: □地域資源利用に係る意向の確認 □治療目標の見直し □特記事項</p> <p>4-2 初回ケア会議参加に向けての準備★ □生活に対する意向の確認 □本人、□家族(病棟・長男、長女)</p> <p>4-3 自宅訪問の実施★ (訪問日: 年 月 日 訪問者:) □外出・外泊の取組みの確認</p>	<p>5-2 自宅訪問の実施●★ (記載者: 訪問日: 年 月 日) (訪問者:)</p> <p>□できたことの確認 家族の意向により実施できず。</p> <p>確認項目 □できなかったこと・心配な点の確認</p> <p>対応</p>	<p>7-1 最終ケア会議の開催●★ (記載者: 開催日: 年 月 日) 参加者: □本人 □家族(長女) □介護支援専門員 □主治医 □看護師 □ソーシャルワーカー □その他病院職員() □サービス提供事業所の担当者() □その他(老健)</p> <p>確認項目 □前回のケア会議での決定事項の評価 □取り組んだ内容の評価 □課題の整理→□新たな課題の発生・課題の変更及び継続的課題の確認 【誰かの手を引いて目的なく歩く、外に出ると戻ってこないため注意が必要】 □本人の生活に関する意向の共有 □家族の介護に対する意向の確認 □退院後の生活に関する留意点の確認 □からだの病気に関する留意点 【血圧の薬を忘れずに服用すること □精神症状に関する留意点 【現在の服薬で睡や生活できているが、調整が困難であったため、増量・変更の際は □服薬に関する留意点 【現在の服薬内容を確実に服用すること □生活上の配慮 □飲水・休息を適宜促すこと □その他の留意点 【涙歌を聞いたり、歌うことが好きなことで活動に取り入れてもらう □家族への支援 □対応技術の共有・伝達 □ケア・ピア調整に係る進捗状況の確認 □今後の外来受診の予定 □相談窓口の明確化(2頁上、「関係者連絡先」に記入の上、確認) □「私の資源マップ」の作成* □特記事項 【長男夫婦、長女が週2回面会を行う予定</p> <p>退院日(年 月 日) 退院先(老健) 通院先(老健嘱託医) 初回外来予定日(年 月 日)</p> <p>7-2-1 退院支援に係る手続・情報共有● □診療情報提供書の用意 □看護サマリーの用意 7-2-2 退院支援に係る手続・情報共有★ □サービス調整の結果の確認 □ケアプラン(原案)の共有</p>
本人の思い	<p>他者の手引き病棟内を歩くことが多い、「家に閉りたい」とは言うが扉を叩く行為はなくなった</p> <p>□介護への思い 自宅で介護は困難なため施設入所を希望</p>		
家族の思い	<p>じっとしていられないので自宅で生活は無理だと思う</p>		
ズシの要因	<p>□無 □有→□本人・家族 □スタッフ □システム □地域</p> <p>注1: *アセスメントシート記入項目 ●主に病院職員の記入項目 ★主に事業所職員の記入項目</p>		

資料

資料1 【アセスメントシート】

資料2 【退院支援・地域連携パス（支援者用）】

資料3 【退院支援・地域連携パス（本人・家族用）】

資料4 【情報提供同意書】

なお、このページに掲載している資料1～4は、本協会のホームページよりダウンロード可能です。

***認知症の人の「退院支援・地域連携パス」URL**

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20120331-pass.html>

アセスメントシート（入院時・更新→更新日 年 月 日）*更新内容は赤字で追記するなどの工夫をお願いします。

ふりがな 名前	□男 □女 () 歳	加入保険等	□国保 □健保 □生保 □その他()
		介護認定等	□未申請 □非該当(自立) □要支援1・2 □要介護(1・2・3・4・5)
生年月日	□明治 □大正 □昭和	年 月 日生	認定の有効期間
住 所 〒 番： FAX：			平成 年 月 日まで
			障害程度区分
			□区分(1・2・3・4・5・6)
			障害者手帳
		□無 □有(身・知・精)(等級：)	自立支援医療
			有効期限：平成 年 月 日まで

A 私の気持ちの確認*	私の暮らしたい場所や生活への希望	私がやりたいことの希望・要望	医療や生活支援への希望・要望	B 経済状況 □本人の生活にあてられる費用 円/月額 □年金受給 □その他収入 () □家族からの援助

C 暮らしの情報*	私の生活歴(出身・学業・就労・転職・特別な出来事等)	生活上で本人が大切にしていること
		入院前の住環境 □戸建 □集合住宅(階) □持ち家 □賃貸 □公営 住宅構造上の不都合 □有 □無 住宅改修の必要性 □有 □無 □施設利用 □特養 □老健 □GH □その他()

D 家族情報*	名前	続柄	年齢	連絡先等	医療や介護、生活等への思い(悩みや希望・要望・本人に対する思いなど)	
	成年後見制度の利用	□有 □無(利用の緊急性 □無 □有)			日常生活自立支援事業の利用	□有 □無(利用の緊急性 □無 □有)
	家族構成					

E 私の資源マップ (本人の暮らしを支えるなごみの人 (家族・友人・地域の人・支援者等)、物や道具、場所、役割や生きがいなど) *
 * できるだけ固有名詞で記載し、本人とのつながりがわかるように線や結ぶなどの工夫をしてください。
 ※ また、現在のつながりがわからなくなったり、途切れてしまった関係や新しく作っていき関係なども記入し、本人が生き生きと暮らすための人との
 かかわりや活動の場を探ります。



G 暮らし方・自分らしさ*		
暮らしの様子	長年なじんだ習慣や好み	長年なじんだ習慣や好み
毎日の習慣と違って いること		家事 (洗濯・掃除・ 買い物・料理・食事 のしだくなど)
食事の習慣		仕事 (生活の糧とし て・社会的な役割と して)
飲酒・喫煙の習慣		興味・関心・遊びな ど
排油の習慣 トイレ構式		得意なこと/苦手な こと
お風呂の習慣 (お湯の温度・入浴 の時間帯・入浴時間 など)		性格・特徴など
身だしなみ (お風呂・髪剃り・ お化粧・髪をとかす など)		信仰について
おしゃべり・色の好 み・履き物		私の健康法 (例: 乾布摩擦な ど)
好きな音楽・テレ ビ・ラジオ		その他

F 入居前の1日の過ごし方と暮らしを支えるサービス及び主な担当者*								
時間	月	火	水	木	金	土	日	記入例
4:00								
5:00								起床・洗面
6:00								仏壇参り
7:00								散歩
8:00								朝食
9:00								テレビ
10:00								通所介護
11:00								担当: 0さん
12:00								
13:00								昼食
14:00								
15:00								入浴
16:00								
17:00								帰宅
18:00								友人のSさん
19:00								
20:00								夕食
21:00								テレビ
22:00								
23:00								就寝
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								

*下記空欄には、上記以外で受けている支援やその内容・本人の希望などを記入

H 暮らしの場面に对ける生活動作

【入浴前の情報】：担当の介護支援専門員や本人、家族、地域関係者に記入してもらうか、聞き取り。 記載日： 年 月 日

H-1 暮らしの場面に おける生活動作*	該当する項目に○印を記入 できているが できない していない	左記チェックの 判断理由や根拠	H-2 本人の希望やこだわり	H-3 自身でできるために必要な支援・ できないことへの配慮や環境等の工夫など
起きる (起床)				
起き上がり				
立ち上がり				
移乗・移動				
寝床の片付けなど				
髪型 (洗面や整髪など)				
着替え (準備も含む)				
食事の準備(献立・ 調理・配膳等)・ あと片付け				
食事				
服薬 (服薬管理も含む)				
排泄				
掃除・ゴミ出し (分別含む)				
洗濯 (洗う・たたむ)				
買い物 (支払も含む)				
金銭管理 (通帳・小遣い等)				
諸手続き (書類の記入・提出・ 保管等)				
電話をかける・ 受ける				
入浴の準備				
入浴				
寝る前の準備				
就寝				
やりたいことの選択 (食べたいものや 衣服等を自分で選ぶ)				
人への気遣い				
その他				

【入浴中の情報】主に記載した者の氏名： 記載日： 年 月 日

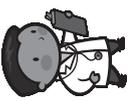
H-1 暮らしの場面に おける生活動作*	該当する項目に○印を記入 できているが できない していない	左記チェックの 判断理由や根拠	H-2 本人の希望やこだわり	H-3 自身でできるために必要な支援・ できないことへの配慮や環境等の工夫など
起きる (起床)				
起き上がり				
立ち上がり				
移乗・移動				
寝床の片付けなど				
髪型 (洗面や整髪など)				
着替え (準備も含む)				
食事の準備(献立・ 調理・配膳等)・ あと片付け				
食事				
服薬 (服薬管理も含む)				
排泄				
掃除・ゴミ出し (分別含む)				
洗濯 (洗う・たたむ)				
買い物 (支払も含む)				
金銭管理 (通帳・小遣い等)				
諸手続き (書類の記入・提出・ 保管等)				
電話をかける・ 受ける				
入浴の準備				
入浴				
寝る前の準備				
就寝				
やりたいことの選択 (食べたいものや 衣服等を自分で選ぶ)				
人への気遣い				
その他				

地域関係者 連絡先	担当者名 介護支援専門員(退院時):	所属機関	連絡先
時間軸	入院を要する症状(状態)の改善期		
捉える視点	本人と家族が安心して地域生活を送るための支援体制の整備と状況の調整について		
目安となる期間	入院後7項目へ退院(退院日: 年 月 日)		
目標	退院後の生活支援体制の調整・確認		
治療目標	退院の方向づけ		
治療的課題 及び 生活支援課題	4-1 外出・外泊の取り組み★ (記載者: 確認日: 年 月 日) 参加者: □本人 □家族() □介護支援専門員 □その他() □主治医 □看護師 □ソーシャルワーカー □その他病院職員() □できたことの確認	5-1-1 初回ケア会議の実施●★(記載者: 開催日: 年 月 日) 参加者: □本人 □家族() □介護支援専門員 □その他() □主治医 □看護師 □ソーシャルワーカー □その他病院職員()	5-2 自宅訪問の実施●★(記載者: 訪問日: 年 月 日) (訪問者:) □できたことの確認
	確認項目 □できないかつたこと・心配な点の確認	確認項目 □できないかつたこと・心配な点の確認	確認項目 □できないかつたこと・心配な点の確認
今後の対応	今後の対応	対応	
4-2 初回ケア会議参加に向けての準備★ □生活に対する意向の確認 □本人 □家族(病状:)	5-1-1 経過の共有 □病状の説明 □これまでの取り組みの確認・共有 □退院後の生活に関する留意点の確認 □医療上(からだの病状、精神症状、服薬など)に関する留意点 □生活上の配慮 □その他の留意点 5-1-2 本人の意向確認・共有 □生活に対する意向の確認→「本人の思いの欄」に記入 □地域資源利用に係る意向の確認→「本人の思いの欄」に記入 5-1-3 家族の意向確認・共有 □家族面談時との変更→□無 □有 [理由:] □在宅希望 →□家族ができることの確認(ケア可能な時間及びケア内容の確認) □施設希望(種別: □GH □老健 □有料 □特養 □その他:) □地域資源利用に係る意向の確認 □生活リズム □睡眠 □食事 □移動 □入浴 □排泄 □入浴 □移動 □睡眠 □服薬 □服薬回数調整 □家族修繕 □人になる時間 □服薬 □服薬回数調整 □家族修繕	5-1-4 生活支援課題の確認 □食事 □排泄 □移動 □入浴 □睡眠 □生活リズム □活動 □社会参加 □同居者の有無 □人になる時間 □服薬 □服薬回数調整 □家族修繕	7-1 最終ケア会議の開催★●(記載者: 開催日: 年 月 日) 参加者: □本人 □家族() □介護支援専門員 □主治医 □看護師 □ソーシャルワーカー □その他病院職員() □サービス提供事業所の担当者() □その他()
7-2 自宅訪問の実施★ (訪問日: 年 月 日 訪問者:) □外出・外泊の取り組みの確認	4-2 初回ケア会議参加に向けての準備★ □生活に対する意向の確認 □本人 □家族(病状:)	5-1-4 生活支援課題の確認 □食事 □排泄 □移動 □入浴 □睡眠 □生活リズム □活動 □社会参加 □同居者の有無 □人になる時間 □服薬 □服薬回数調整 □家族修繕	7-2-1 退院支援に係る手続さ・情報共有● □診療情報提供書の用意 □看護サマリーの用意 7-2-2 退院支援に係る手続さ・情報共有★ □ケアプランの作成 □ケアプラン(原案)の共有
入院前から 介護支援 専門員が かわわって いた場合	本人の思い	本人の思い	7-2-1 退院支援に係る手続さ・情報共有● □診療情報提供書の用意 □看護サマリーの用意 7-2-2 退院支援に係る手続さ・情報共有★ □ケアプラン(原案)の共有
家族の思い	家族の思い	家族の思い	退院日(年 月 日) 退院先() 初回外来予定日(年 月 日) 通院先()
ズシの要因	ズシの要因	ズシの要因	退院日(年 月 日) 退院先() 初回外来予定日(年 月 日) 通院先()

注1: *アセスメントシート記入項目 ●主に病院職員の記入項目 ●主に事業所職員の記入項目 注2: 記入の際にはガイドブック参照のこと

入院される患者様とご家族へ

この表は退院までの流れを示してあります。治療や支援を進めていくにしたがい変わることがありますが目安として活用してください。

本人氏名:		入院日: 年 月 日		担当医師:		担当ソーシャルワーカー:	
年/月/日	入院時	入院後1～2週目	入院後3週目～	入院後5週目	入院後7週目～退院		
目安の時期	<p>担当医より入院の目的やこれからの治療の計画について説明を行います。</p> 	<p>担当医は服薬の調整を行います。</p> <p>ご本人の状態や生活について把握し担当職員で共有します。</p>	<p>ご家族との面談を行います。</p> <p>月 日() : ~</p> <p>医師から治療経過や病状について説明します。</p> <p>今後の方針について、ご本人やご家族と共に相談していきます。</p>	<p>退院先と退院の時期を決定するために、ご本人やご家族と面談を行います。</p> <p>月 日() : ~</p> 	<p>退院後の過ごし方について、ご本人やご家族と確認するための最終面談を行います。</p> <p>月 日() : ~</p> <p>[退院先]</p> <p>[退院日]</p> <p>月 日() :</p>		
病院で行うこと							
地域	<p>*入院前から介護支援専門員(ケアマネージャー)など支援に関わっている担当者がいる場合</p> <p>入院前のご様子で治療に役立てていただけそうな情報があれば、ご本人やご家族のご了解の上、病院へお伝えします。</p> <p>また、ご本人への面会や病院の職員との連絡も行ないます。</p>			<p>病院での面談に参加し、皆さんと情報を共有します。</p> <p>支援者のご自宅へ伺うことがあります。</p> <p>[訪問日]</p> <p>月 日() 時</p>	<p>退院後に利用するサービスを調整し、顔合わせも行ないます。</p> <p>[介護支援専門員等]</p> <p>氏名:</p> <p>事業所名:</p> <p>電話番号:</p>		
ご本人	<p>検査や健康チェックを行います。</p>			<p>病棟の活動にご参加ください。</p> <p>退院後の生活について、ご希望をうかがいます。</p> <p>外泊について検討します。</p>	<p>退院後の生活における留意点について確認します。</p>		
ご家族	<p>入院前の生活や今後の希望について、病院職員からお尋ねします。</p> <p>介護認定などの情報について確認させていただきます。</p> <p>*介護保険を申請していない場合 介護認定が出るまでに1カ月程度かかりま す。地域により約1カ月半～2カ月かかるこ ろもありますので、お早めにお住まい(住民 票のある)の市区町村の窓口または福祉事 務所などに申請手続きを行ってください(詳 しくはソーシャルワーカーにお尋ねくださ い)。</p> <p>初回面談の日程を決めます。</p>		<p>退院先の検討にあたり、ご本人・ご家族の希望をうかがいます。</p> <p>[メモ]</p>	<p>外泊などの取り組みを経て、退院先に変更があるか確認します。</p> <p>[メモ]</p>	<p>退院後の生活を応援する人たちを確認します。</p> 		
メモ	<p>面談の際に確認しておきたいことなどを記入ください</p>			<p>最終面談の日程を決めます。</p>			

退院までの流れ

個人情報提供同意書

●●●● (機関名)

●●●●様 (代表者名)

私は、●●●●利用申込にあたり、各施設間での必要な情報の交換、情報提供、「退院支援・地域連携パス」の使用に同意します。

(特記事項)

平成●●年●●月●●日

利用者氏名

家族氏名

(続柄)

代理人氏名

このガイドブックは、厚生労働省の平成23年度障害者総合福祉推進事業の補助金を受けて作成いたしました。

認知症の人の「退院支援・地域連携パス」
ガイドブック

平成24(2012)年3月発行

発行： 社団法人日本精神保健福祉士協会
〒160-0015 東京都新宿区大京町23番地3
四谷オーキッドビル7階
TEL. 03-5366-3152
FAX. 03-5366-2993
