

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ただ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

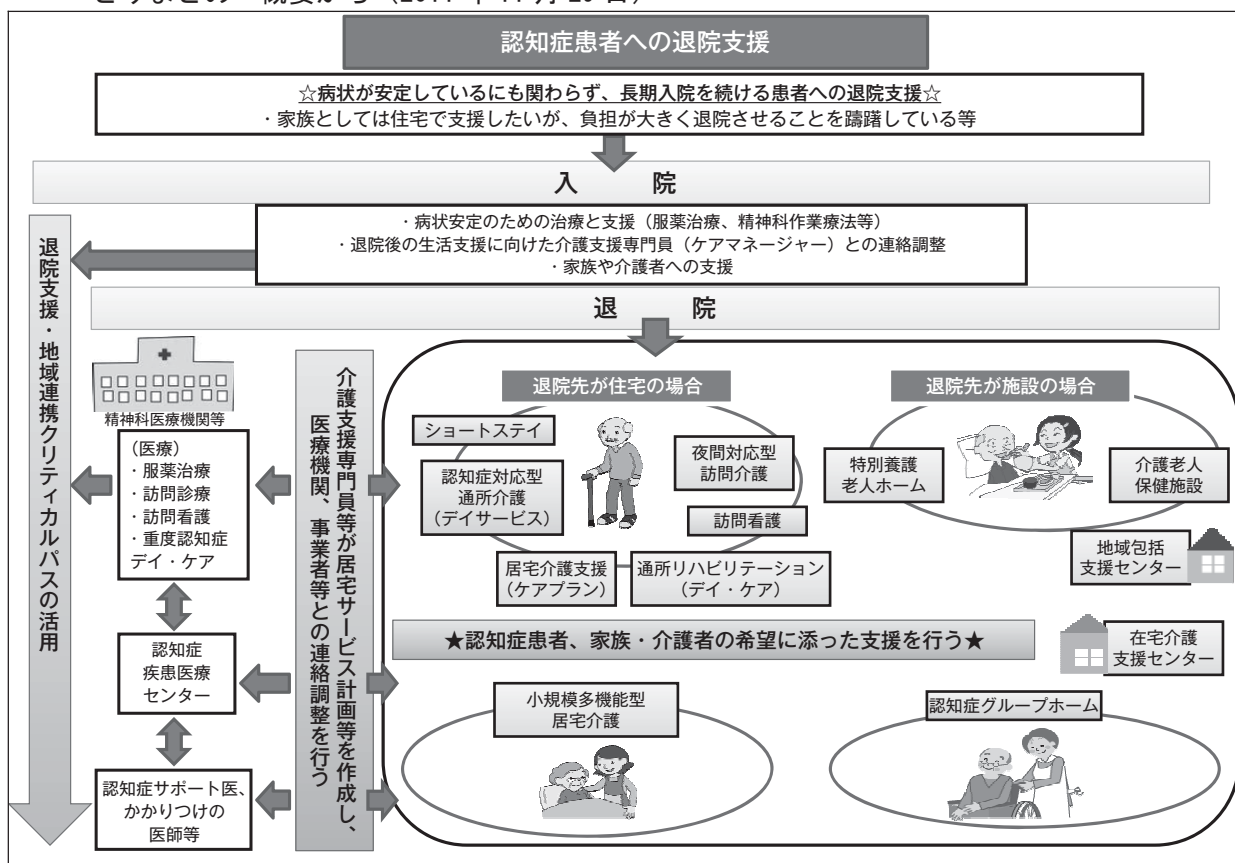
方々にふさわしい支援や生活の場の確保が課題であるとされた。一方、精神保健医療体系に関しては、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中にはBPSD等の症状の消退後等にも、退院先の確保待ちや、セルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要さない状態でも入院を継続している者が存在している、と記されている。

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
		退院時の早めの連絡
	地域医療に関する課題	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

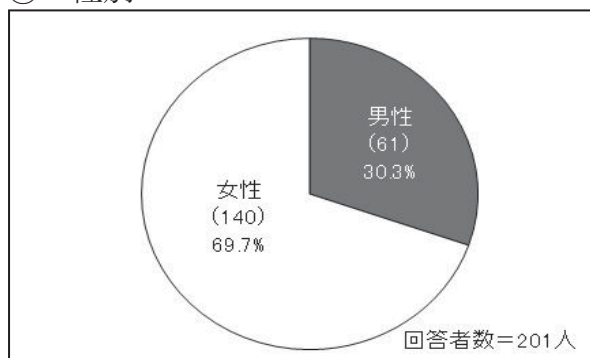
2012年3月2日(金)	
13:20	開講式・オリエンテーション(受付開始 13:00)
13:30	講義1「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅰ(90分) 講師:斎藤 正彦(医療法人社団翠会 和光病院 院長)
15:15	講義2「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅱ(90分) 講師:永田 久美子(社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研究部副部長)
2012年3月3日(土)	
9:30	講義3「認知症と精神科医療」(40分) 講師:大塚 淳子(社団法人日本精神保健福祉士協会 常務理事)
10:10	演習1「退院支援・地域連携パス案」の活用に向けて退院支援の現状を理解する(80分)
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

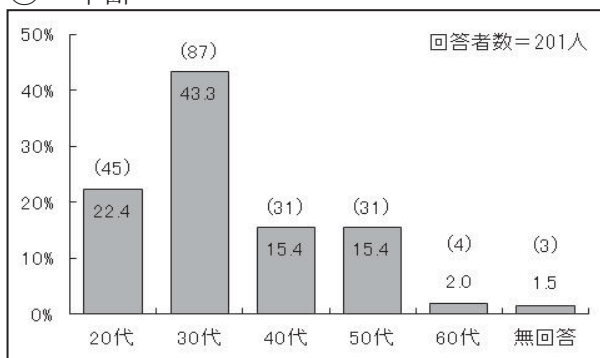
2012年3月9日(金)	
13:20	開講式・オリエンテーション(受付開始 13:00)
13:30	講義1「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅰ(90分) 講師:釜江 和恵(財団法人浅香山病院 認知症疾患医療センター医長)
15:15	講義2「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅱ(90分) 講師:岩尾 貢(公益社団法人日本認知症グループホーム協会 副代表理事)
2012年3月10日(土)	
9:30	講義3「認知症と精神科医療」(40分) 講師:東 裕紀(社会福祉法人鶴寿会 サンライフたきの里)
10:10	演習1「退院支援・地域連携パス案」の活用に向けて退院支援の現状を理解する(80分)
11:40	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



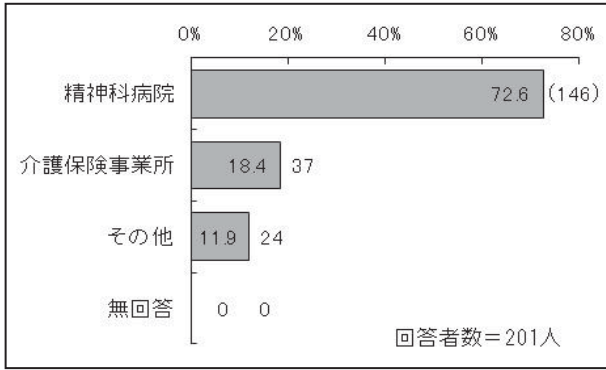
② 年齢



③ 受講の動機

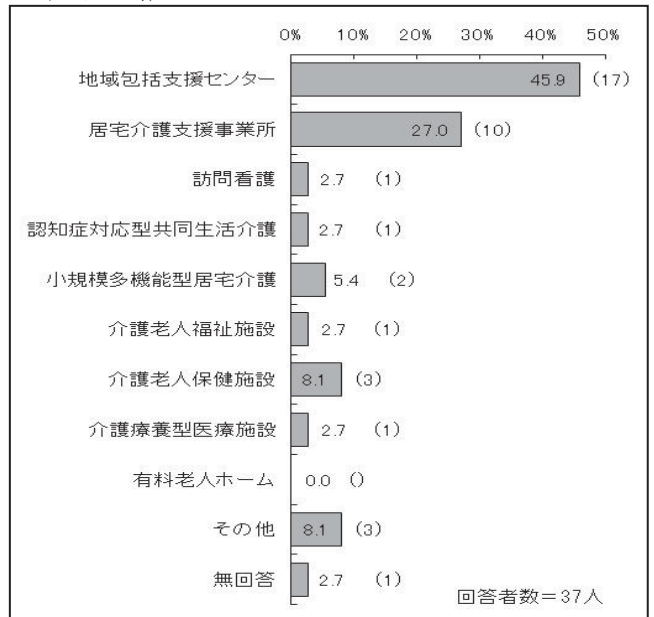
本研修への受講動機としては、多いものから「退院支援についての知識・動向の学習希望」「退院支援に困難や行き詰まりを感じている」「認知症の方への関わりの増加」「地域と病院との連携の必要性」「パスの必要性学習、導入検討中、活用要望を検討」となっている。

④ 所属機関



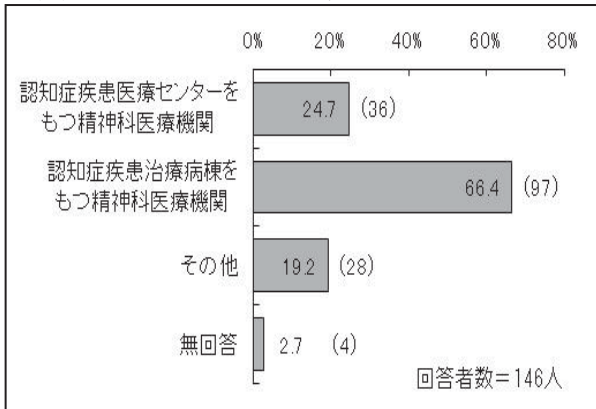
④-2

所属機関（介護保険サービス事業所）の種別内訳

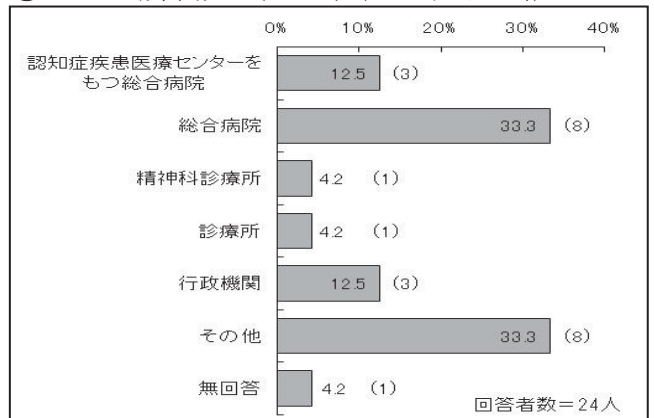


④-1-1

所属機関（精神科病院）の機能

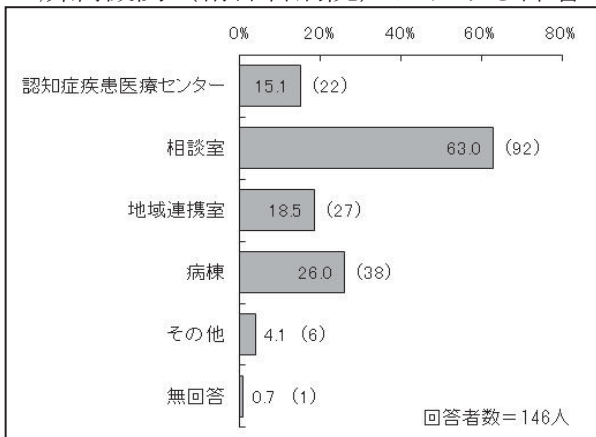


④-3 所属先（その他）の種別内訳



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。

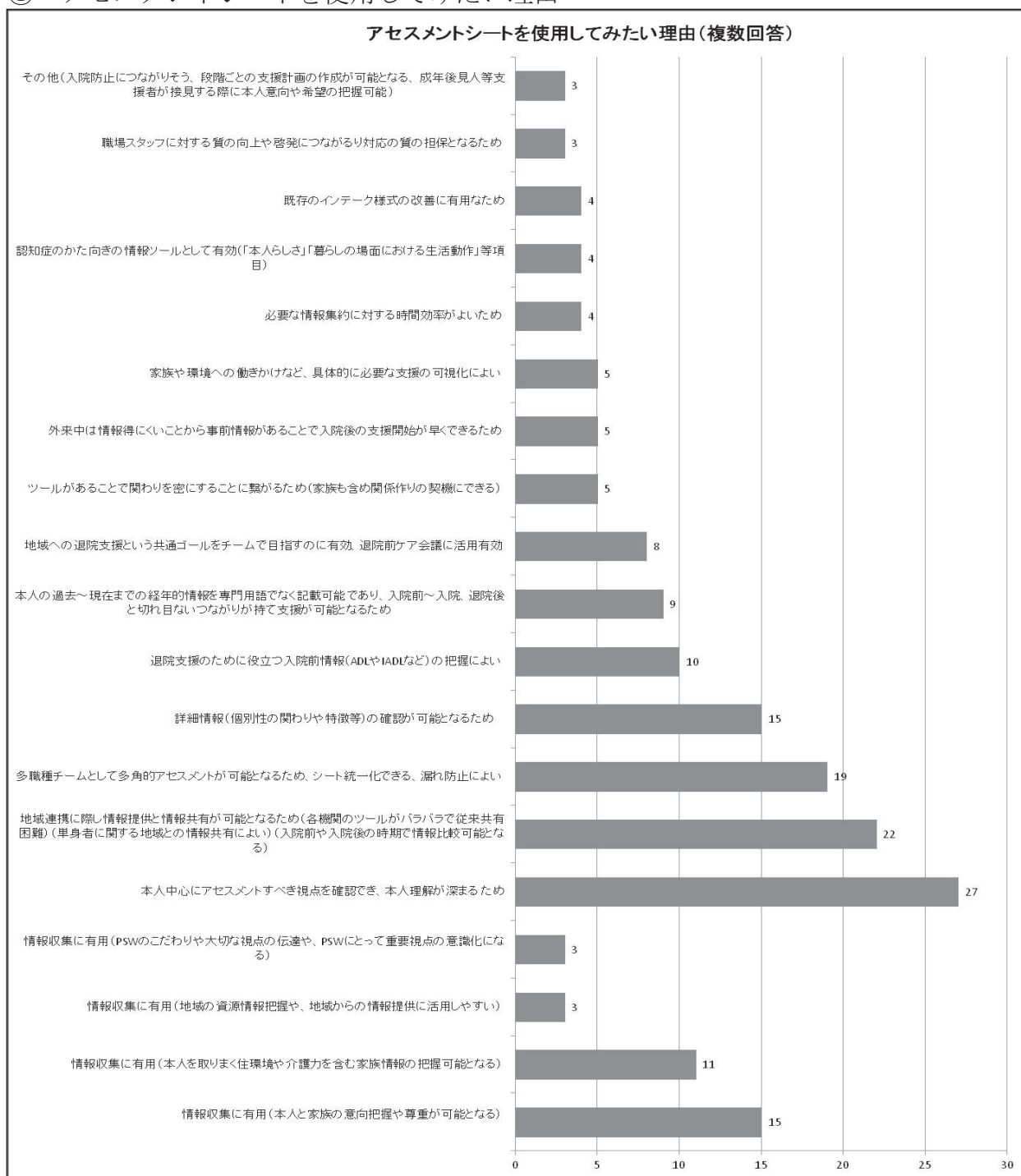
③ パスでは解決できない課題について

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。

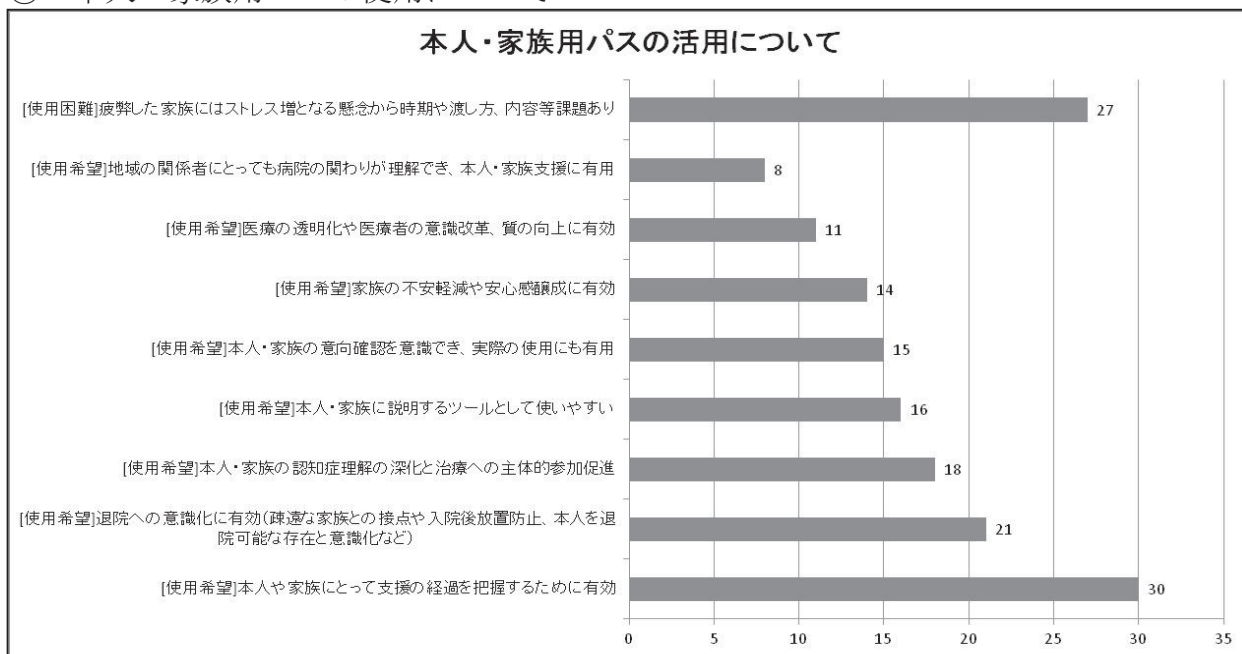
② パス（支援者用）を使用してみたい理由



●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なため」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。地元でも機会づくりたい。
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の苦勞がわかった。
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えな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れ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)				
本人の状態	入院中				退院時				
	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	
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る時間が長くなった。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、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させているようであること、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、夜もよく寝ていた。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。」とうまくいった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め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り、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つた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)ありがたいね。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	班								
<p>記入する項目 地域生活を継続することが困難となった状態ある/又はそ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>①どのような状態・状況にならば退院が可能か確認 ②入院後の生活状況の確認</p> <p>目標</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● □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 □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● ①主たる疾患 □無 □有 ②合併症 □無 □有</p> <p>Q-6 生活のしづらさの経緯(生活で支障になっていること等)●※ □特記事項 ()</p> <p>Q-7 「私の気持ちの経緯」●※ □生活上の困りごとや今後の生活への希望 □本人がやりたいこと □病状に関する不安 □本人が希望する退院先 □① 家族への期待が強い(家族療育)の経緯はアセスメントシートで確認)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">退院項目</th> <th style="width: 50%;">対応</th> </tr> <tr> <td>Q-8-1 同居家族 □無 □有→(続柄:)</td> <td>□治療方針の把握 □家族面談の開催 月 日() 時 ~</td> </tr> <tr> <td>Q-8-2 同居家族以外の介護者 □無 □有→(続柄:)</td> <td>□家族の思いの傾聴 □かかり(介護)の経過の振り返り □各種制度・サービス等の情報提供 □家族教育・家族会の案内</td> </tr> <tr> <td>Q-8-3 家族が希望する退院先の確認 □在宅 □DH □老健 □有料 □特養 □その他()</td> <td>□家族への支援 □具体的な内容</td> </tr> <tr> <td>Q-9 虐待の発覚● □有 □無 □疑い</td> <td></td> </tr> </table> <p>Q-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 月 日) □支援が困難であると感じた理由 () □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>ズレの要因 □無 □有→日本人・家族 □スタッフ □システム □地域</p>	退院項目	対応	Q-8-1 同居家族 □無 □有→(続柄:)	□治療方針の把握 □家族面談の開催 月 日() 時 ~	Q-8-2 同居家族以外の介護者 □無 □有→(続柄:)	□家族の思いの傾聴 □かかり(介護)の経過の振り返り □各種制度・サービス等の情報提供 □家族教育・家族会の案内	Q-8-3 家族が希望する退院先の確認 □在宅 □DH □老健 □有料 □特養 □その他()	□家族への支援 □具体的な内容	Q-9 虐待の発覚● □有 □無 □疑い		<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と考えましょう</p>
退院項目	対応										
Q-8-1 同居家族 □無 □有→(続柄:)	□治療方針の把握 □家族面談の開催 月 日() 時 ~										
Q-8-2 同居家族以外の介護者 □無 □有→(続柄:)	□家族の思いの傾聴 □かかり(介護)の経過の振り返り □各種制度・サービス等の情報提供 □家族教育・家族会の案内										
Q-8-3 家族が希望する退院先の確認 □在宅 □DH □老健 □有料 □特養 □その他()	□家族への支援 □具体的な内容										
Q-9 虐待の発覚● □有 □無 □疑い											
注1: ●アセスメントシート記入項目 ●次に病院職員記入項目 ●次に地域職員への確認項目 注2: 記入の際にはガイドブック参照のこと											

入院を要する状態(状態)の改善期		演習2-① シート	班																		
地域生活を営むための支援課題や支援方法について(治療目標や対応も含む)		個人ワーク																			
入院後経過		①「初回ケア会議」までにすべきこと																			
①ケア会議の実施 ②退院先と退院時期の設定		その意図(目的)																			
<p>5-1 初回ケア会議の実施●※ (記載者: 開催日: 年 月 日) 5-2 自宅訪問の実施●※ (記載者: 訪問日: 年 月 日)</p> <p>●出席: 日本人 □家族() □介護支援専門員 □その他() (欠席者:)</p> <p>□主治医 □看護師 □ソーシャルワーカー □その他関係職員 □でたことの確認</p> <p>確認項目</p> <p>5-1-1 経過の共有 □現状の説明 □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(生活)の状況、期待値、留意点に関する留意点 □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)の確認 □地域資源利用に係る意向の確認→(本人の思い)の確認 □家族の意向確認・共有 □家族面談時の家庭→□無 □有 理由:)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">確認項目</th> <th style="width: 50%;">対応</th> </tr> <tr> <td>□在宅希望→□家族が希望する退院先(ケア可能な施設)のケア内容の確認</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□施設希望(種類): □DH □老健 □有料 □特養 □その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□地域資源利用に係る意向の確認</td> <td></td> </tr> </table> <p>5-1-4 生活支援課題の確認 □無 □有 □疑い □不明 □その他 □その他 ● □生活支援課題 □生活支援課題 □生活支援課題</p> <p>□本人の生活に対する意向の反映 □治療目標の見直し □特記事項</p>	確認項目	対応	□在宅希望→□家族が希望する退院先(ケア可能な施設)のケア内容の確認		□施設希望(種類): □DH □老健 □有料 □特養 □その他		□地域資源利用に係る意向の確認		<p>①「初回ケア会議」(7回目)までにすべきこと、してほしいこと、その意図や目的を書き、出し合います。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">「初回ケア会議」までにすべきこと</th> <th style="width: 50%;">その意図(目的)</th> </tr> <tr> <td>【病院として】</td> <td></td> </tr> <tr> <td>【地域事業所として】</td> <td></td> </tr> </table> <p>②「初回ケア会議」で共有すべき情報(検討項目)を書きましょう。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">「初回ケア会議」までにすべきこと</th> <th style="width: 50%;">その意図(目的)</th> </tr> <tr> <td>【病院として】</td> <td></td> </tr> <tr> <td>【地域事業所として】</td> <td></td> </tr> </table>	「初回ケア会議」までにすべきこと	その意図(目的)	【病院として】		【地域事業所として】		「初回ケア会議」までにすべきこと	その意図(目的)	【病院として】		【地域事業所として】	
確認項目	対応																				
□在宅希望→□家族が希望する退院先(ケア可能な施設)のケア内容の確認																					
□施設希望(種類): □DH □老健 □有料 □特養 □その他																					
□地域資源利用に係る意向の確認																					
「初回ケア会議」までにすべきこと	その意図(目的)																				
【病院として】																					
【地域事業所として】																					
「初回ケア会議」までにすべきこと	その意図(目的)																				
【病院として】																					
【地域事業所として】																					
グループワーク		①「初回ケア会議」(7回目)までにすべきこと、してほしいこと、その意図や目的を書き、出し合います。																			
①「初回ケア会議」(7回目)までにすべきこと、してほしいこと、その意図や目的を書き、出し合います。		その意図(目的)																			
①「初回ケア会議」(7回目)までにすべきこと、してほしいこと、その意図や目的を書き、出し合います。		その意図(目的)																			
【病院として】		【病院として】																			
【地域事業所として】		【地域事業所として】																			
注1: ●アセスメントシート記入項目 ●次に病院職員記入項目 ●次に地域職員への確認項目 注2: 記入の際にはガイドブック参照のこと																					

(4) アンケート (研修)

社団法人日本精神保健福祉士協会
「認知症の人の『退院支援・地域連携バス』研修」アンケート

I. あなたご自身についてお伺いします。

1. 性別 ① 男性 ② 女性

2. 年齢 ① 20代 ② 30代 ③ 40代 ④ 50代 ⑤ 60代 ⑥ その他()

3. 現在、あなたが所属する機関についてお伺いします。

1. 2. 3から、あなたが該当する項目に☑を入れてください。(複数回答可)	
1	<input type="checkbox"/> 精神科病院 → <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センターをもつ精神科医療機関 <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 認知症疾患治療科をもつ精神科医療機関 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 地域連携室 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()
2	<input type="checkbox"/> 介護保険事業所 → <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センターをもつ総合病院 <input type="checkbox"/> 総合病院 <input type="checkbox"/> 精神科診療所 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> その他()
3	<input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> その他()

4. あなたが取得している資格についてお伺いします。(複数回答可)

① 精神保健福祉士 ② 社会福祉士 ③ 介護福祉士 ④ 介護支援専門員 ⑤ 保健師
 ⑥ 看護師 ⑦ 作業療法士 ⑧ その他()

II. 申込み時点のことについて伺います。

1. 本研修への参加の決め手を教えてください。(複数回答可)

① 所属機関が退院支援・地域連携バスを導入する予定だから。
 ② 所属機関が退院支援・地域連携バスの導入を検討しているから。
 ③ 所属機関において、既に退院支援・地域連携バスを導入しているが運用上の工夫をしたいため。
 ④ 研修テーマに興味・関心があるから。
 ⑤ 他地域の事業関係者と知り合いたいと思ったから。
 ⑥ 自身の業務等を振り返りたいと思ったから。
 ⑦ 講師陣が充実していると思ったから。
 ⑧ 職場(上司)の業務命令。
 ⑨ その他()

III. 「退院支援・地域連携バス」について

「退院支援・地域連携バス」について、ご意見をお聞かせください。

様式1 アセスメントシート

①使用してみたい (理由)

	改善の工夫
--	-------

②使用できない(←改善が必要な項目を以下の欄にご記入ください)

	改善箇所(コード番号)
--	-------------

様式2 退院支援・地域連携バス (支援者用)

①使用してみたい (理由)

	改善箇所(コード番号)
--	-------------

②使用できない(←改善が必要な項目を以下の欄にご記入ください)

	改善箇所(コード番号)
--	-------------

様式3 退院支援・地域連携バス (本人・家族用)

①使用してみたい (理由)

	改善箇所(コード番号)
--	-------------

②使用できない (理由)

	改善箇所(コード番号)
--	-------------

V. ご自由にご意見をお願いします。

--

ご協力ありがとうございました

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
