

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者保健福祉課)

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きました。

3. パスの構成

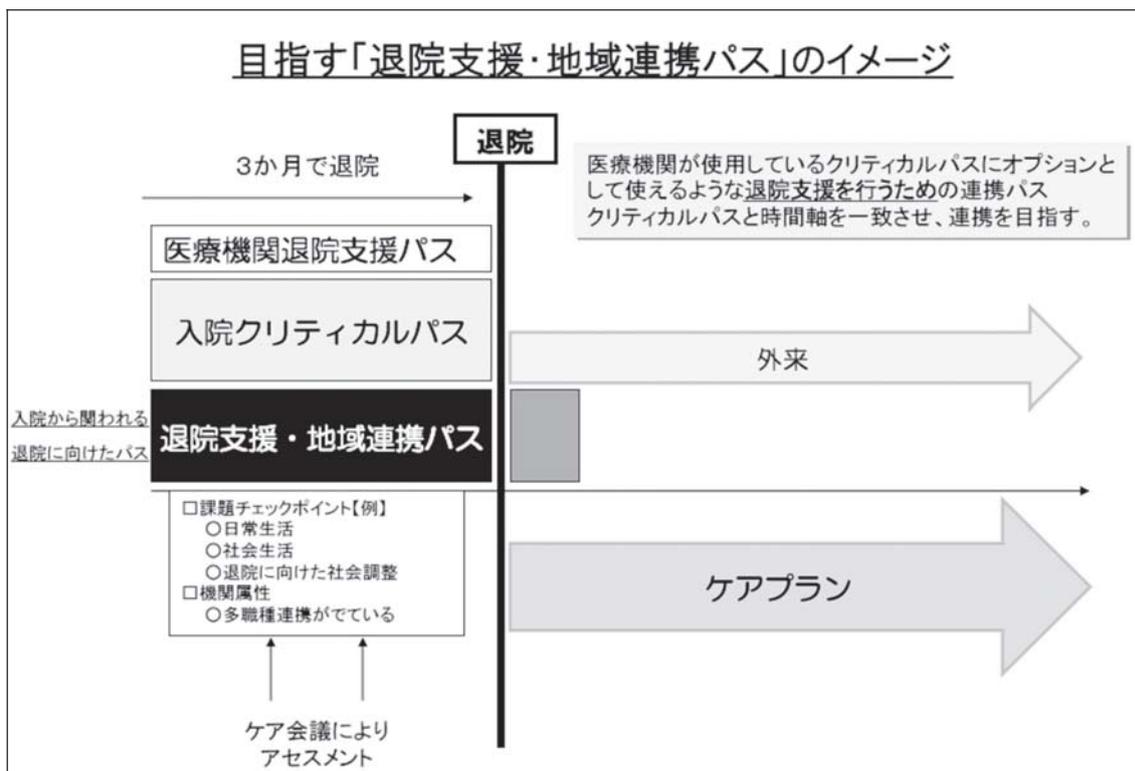
このパスは、①アセスメントシート ②退院支援・地域連携パス（支援者用） ③退院支援・地域連携パス（本人・家族用）の3部から構成されます。このパスは病院内で使用されているクリティカルパスのオプションとして、退院支援及び地域連携を目的として活用できるように、クリティカルパスと時間軸を一致させています。

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こと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



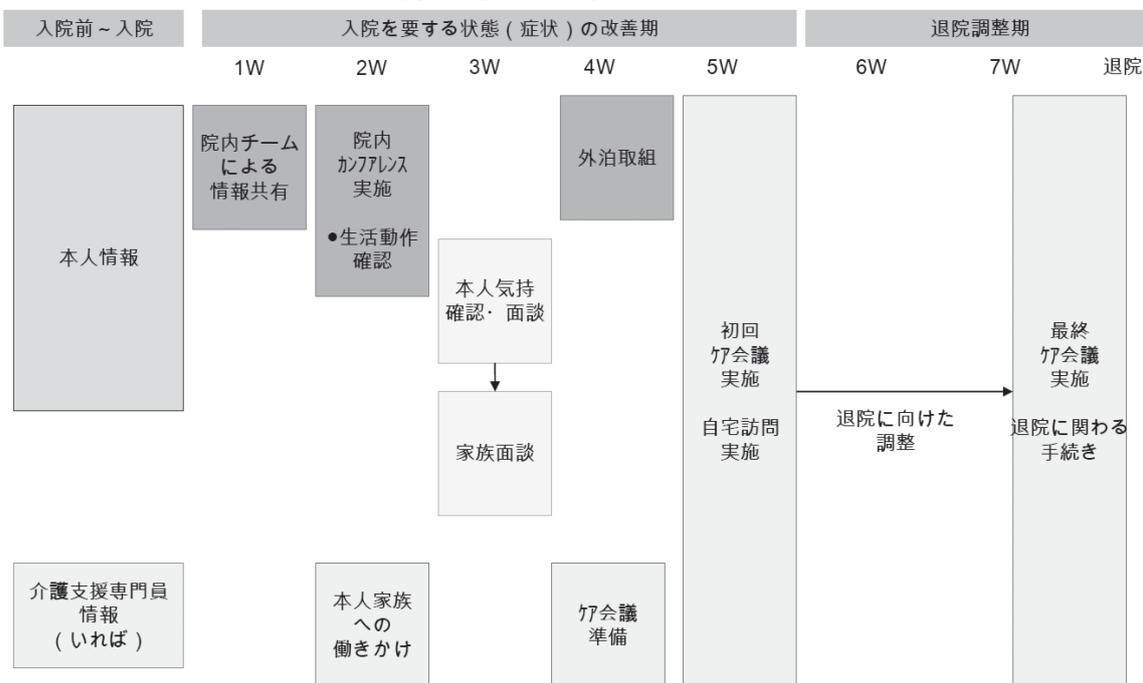
このパスの全体像は図2の通りとなります。まず、「入院前～入院」といった実際に入院するまでの準備期間と入院期間に分かれます。入院期間は「入院を要する状態（症状）の改善期」と「退院調整期」とに分かれ、前者は主に入院治療と本人や家族の気持ちを確認する機関とな

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。

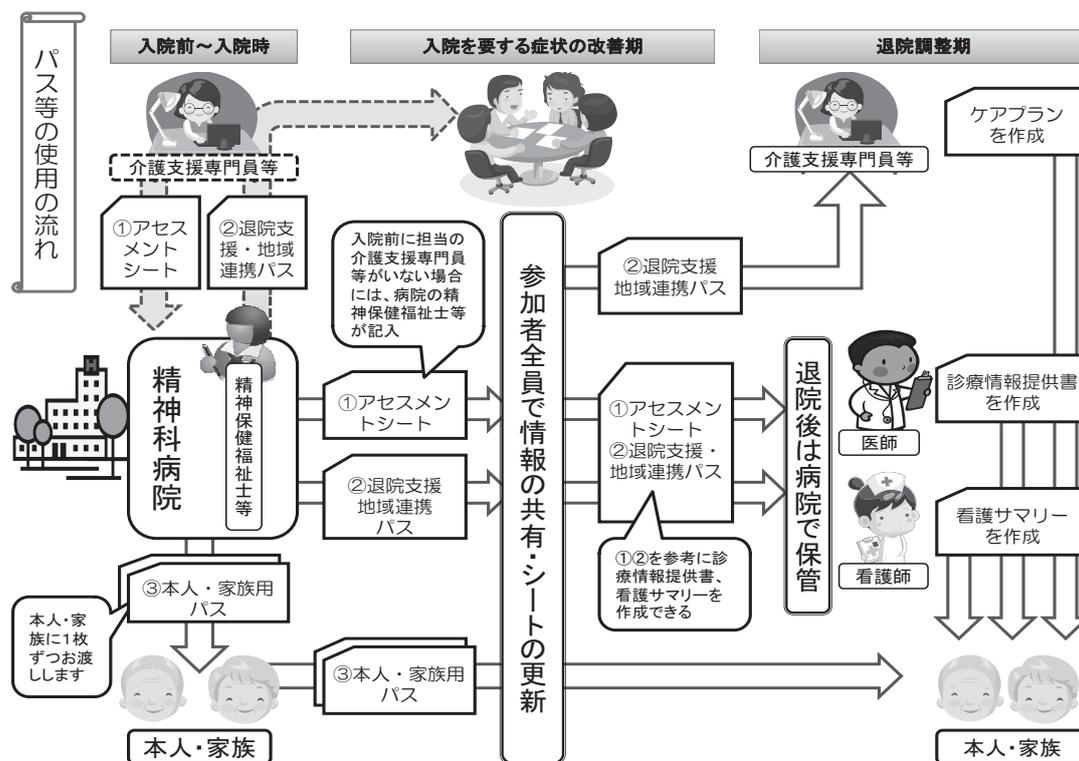
病院も事業所も1枚の**退院支援・地域連携パス（支援者用）**に各々の機関で上書きしていきます。この時期からは、病院用と事業所用の2枚の**退院支援・地域連携パス（支援者用）**が動いていくことになります。

（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い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います。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●	
<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()	
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	
<input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>〔 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●	
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
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) ●*	
<input checked="" type="checkbox"/> 特記事項	
<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。 Mにいきたいのに、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」 ●*	
<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	

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 <input type="checkbox"/> 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 [具体的な内容 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 <input type="checkbox"/> 有→(続柄:)	
0-8-3 家族が希望する退院先の確認 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 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「0-1 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。

入院後2週目

【記入例】

2-1 院内カンファレンス●（記載者:PSW 実施日:11月22日）

確認項目
<input checked="" type="checkbox"/> 入院前から現在までの経過の共有
<input checked="" type="checkbox"/> 「暮らしの情報」の共有＊
<input checked="" type="checkbox"/> 「私の気持ちの確認」の共有＊
<input checked="" type="checkbox"/> 家族が希望する退院先(0-8-3)の共有
<input checked="" type="checkbox"/> 治療的課題の明確化
〔 夜間眠れるように薬物調整を行う。 〕
<input checked="" type="checkbox"/> 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）
<input checked="" type="checkbox"/> 治療目標の確認
<input checked="" type="checkbox"/> 特記事項
〔 入院して10日後に発熱あり、ADLの低下も見られ、 家族の意向の確認と介護方法についての検討要。 〕

2-2 院内での取り組みの確認 ●

（記載者:看護師 確認日:11月25日）

- 生活動作に対する取り組みの確認＊
（アセスメントシートH-2～3「入院中」の作成）

👁️ポイント

職員ミーティングなどの院内カンファレンスの場において、本人を担当する多職種で治療経過や症状改善の程度、課題や目標の確認を行ないます。ここでは「0-1本人・家族が何に困って入院してきたか」を必ず確認の上、入院治療による改善や変化、新たな課題の出現、退院可能な状況かどうか、どこで生活や療養することが可能であるのかなど、検討し、その内容や決定事項などを特記事項に記入しましょう。ここでの多職種からの情報や話し合いをもとに、治療目標の修正や本人へのかかわりを点検し、家族面談に臨みます。

【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、家族の理解を得た上で、可能な限り同席してもらいましょう。家族から理解が得られない、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、焦点を当ててではなく、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な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・地域連携パス」記入例〔事例1〕

NO.	E 病院	病棟	氏名: 西太郎 (男・女)	□M□T□S ×年 ×月 ×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×市×町	☑自宅 □GH □施設 □病院 □その他()		入院形態:☑医保 □任意 □その他()	年金:☑老齢 □遺族 □障害 □その他()	医療保険:□国保 □健保 □生保 □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		後見人氏名:	後見人連絡先	緊急連絡先①		②		
要介護度:(入院前:要 →退院時:要) □申請中 □区分変更中(申請日 年 月 日)	入院前利用サービス(□訪問介護 □訪問看護 □短期入所生活介護 ☑通所介護 ☑その他(訪問リハビリ)								
時間軸	入院前～入院			入院を要する症状(状態)の改善期					
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			地域生活を実現する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)					
目安となる時期	入院前から入院(入院日: ○年 ×月 △日)			入院後1週目	入院後2週目		入院後3週目		
目標	①本人がどのような状態・状況になれば退院可能か確認 ②入院前の生活状況の把握			情報共有	①課題の整理 ②退院後の見立て		具体的な(治療上)退院支援が開始できるかの確認		
治療目標	暴力行為の軽減			薬物調整					
治療的課題及び生活支援課題	0-1 本人・家族が何に困って入院をしてきたか● (妻が介護しようとする、平手で叩いたり髪の毛を引っ張ったりするため、自宅での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)			1-1 院内チームによる情報共有● (記載者:○○ 実施日:○年×月△日)		2-1 院内カンファレンス●(記載者:○○ 実施日:○年×月△日)		3-1 「私の気持ちの確認」●* ←家族面談前に確認 (記載者:○○ 確認日:○年×月△日)	
	0-2 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 □前頭側頭型認知症 □認知症疑い □その他()			確認項目 ☑治療方針の確認 ☑治療目標の共有 ☑「入院前～入院」時の情報共有 ☑特記事項 (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。妻の面会は、スタッフのいるフロアで行ってもらうこと)		確認項目 ☑入院前から現在までの経過の共有 ☑「暮らしの情報」の共有* ☑「私の気持ちの確認」の共有* ☑家族が希望する退院先(0-8-3)の共有 ☑治療的課題の明確化 (暴力行為の軽減) ☑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) ☑治療目標の確認 ☑特記事項 (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。妻の面会時に移乗・更衣を行い、介護方法を統一する。)		☑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	
	0-3 かかりつけ医● □無 ☑有(機関名:○○診療所 主治医:○○先生)							3-2 家族面談の実施●(記載者:○○ 実施日:○年×月△日) 参加者:☑家族(妻) ☑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(作業療法士)	
	0-4 合併症● □無 ☑有(疾患名: 脳梗塞後遺症(左片まひ) 糖尿病 高血圧)							確認項目 ☑病状の説明 ☑治療的課題の評価 ☑生活動作(H)を共有* ☑本人と家族の退院に対する意向のズレを確認:☑無 □有→「目標を妨げる要因」に記入 ☑退院に向けた課題の整理 (☑集団の中で本人の様子 ☑地域住民調整要否□要(調整者:) ☑经济管理状況(□本人☑家族□その他□問題の有無) 妻の面会回数を増やし、移乗・更衣などを看護師の見守りの元、妻に行ってもらおう。妻に自信がつけば外泊を試みる。外泊時には、介護支援専門員とデイサービス職員が自宅訪問する。)	
	0-5 服薬● ①主たる疾患 □無 ☑有 ②合併症 □無 ☑有							3-2-1 家族への働きかけ ☑情報提供 ☑家族の意向の明確化 ☑在宅希望→ ☑介護支援専門員の決定 □施設希望(種別:□GH □老健 □有料 □特養 □その他:) (希望する理由:) ☑外出・外泊の調整(月 日 時～ 月 日 時)来週を目途とする	
	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)●* ☑特記事項 (左片まひのため、移動や更衣等に介助が必要。最近では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)					2-2 院内での取り組みの確認● (記載者:◎◎ 確認日:○年×月△日) ☑生活動作に対する取り組みの確認* (アセスメントシートH-2～3「入院中」の作成)			
	0-7 「私の気持ちの確認」●* ☑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 ☑病気に関する不安 ☑本人が希望する退院先								
	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 0-8-1 同居家族 □無 ☑有→(続柄:妻) 0-8-2 同居家族以外の介護者 ☑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 □その他()		対応 ☑治療方針の説明 ☑家族面談の調整 ○月 ×日(月)14時～ ☑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 ☑家族教室・家族会の案内 ☑家族への支援 (具体的な内容 面会は週2回とし、それ以外の日は休養することを勧める)			
	0-9 虐待の有無● □有 ☑無 □疑い								
	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×月△日) ☑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) ☑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)					2-3 本人・家族への働きかけ★(記載者: 確認日: 年 月 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		3-3 ☑家族面談への参加★	
入院前から介護支援専門員がかかわっていた場合									
本人の思い	「うるさい!ほっとけ!」と会話を拒否しており確認困難			時々無性に腹が立つので、つい怒鳴ってしまう、できると思ったことができないのでイライラする、早く治ってほしい		退院したい、自宅に帰りたい			
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ひ、本人に触れるのが怖い			誰かがそばにいないと本人に触れるのが怖い、入院させておくのは可哀相に思う		入院前より穏やかになってよかった、まだ少し怖いけれど自宅で介護していきたい			
ズレの要因	☑無 □有→□本人・家族 □スタッフ □システム □地域			☑無 □有→ □スタッフ □システム		☑無 □有→□本人・家族 □スタッフ □システム □地域		☑無 □有→□本人・家族 □スタッフ □システム □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

[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。

認知症の人の「退院支援・地域連携パス」記入例〔事例2〕

NO.	C病院	病棟	氏名:東花子 (男/女)	□M□T□S ×年×月×日生(80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: B県×市×町	☑自宅 □GH □施設 □病院 □その他()			入院形態:☑医保 □任意 □その他()	年金:□老齢 □遺族 □障害 □その他()	医療保険:□国保 □健保 □生保 □その他()																																										
主介護者氏名:	(続柄: 年齢: 歳)	主介護者住所:自宅と同じ			後見人氏名:	後見人連絡先	緊急連絡先① ②																																									
要介護度:(入院前:要 →退院時:要) □申請中 □区分変更中(申請日 年 月 日)				入院前利用サービス(□訪問介護 □訪問看護 □短期入所生活介護 □通所介護 □その他()																																												
時間軸	入院前～入院				入院を要する症状(状態)の改善期																																											
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				地域生活を実現する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)																																											
目安となる時期	入院前から入院(入院日: ○年×月△日)				入院後1週目		入院後2週目		入院後3週目																																							
目標	①本人がどのような状態・状況になれば退院可能か確認 ②入院前の生活状況の把握				情報共有		①課題の整理 ②退院後の見立て		具体的な(治療上)退院支援が開始できるかの確認																																							
治療目標	穏やかに過ごせるよう精神症状の安定を図る				薬物調整																																											
治療的課題及び生活支援課題	<p>0-1 本人・家族が何に困って入院してきたか●</p> <p>〔昼夜問わず自宅から出て行くとし、止めようとする大声で怒鳴ったり、制止を振り切って出て行ってしまい帰ってこれない為、目が離せない状態で疲弊してしまった。〕</p> <p>0-2 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>□前頭側頭型認知症 □認知症疑い □その他()</p> <p>0-3 かかりつけ医● □無 ☑有(機関名:○○診療所 主治医:○○先生)</p> <p>0-4 合併症● □無</p> <p>☑有〔疾患名:高血圧〕</p> <p>0-5 服薬●</p> <p>①主たる疾患 □無 ☑有 ②合併症 □無 ☑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>☑特記事項</p> <p>〔家族の顔や自宅が認識できず、常に「生家に帰る」と訴え、外に出ようとする。直前の会話を覚えてないため、目的をもって行動することができない。すべての生活動作に声かけ・介助が必要。〕</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 ☑本人がやりたいこと</p> <p>☑病気に関する不安 ☑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> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">確認項目</th> <th style="width:50%;">対応</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-8-1 同居家族 □無 ☑有→(続柄:長男夫婦、孫)</td> <td>☑治療方針の説明 ☑家族面談の調整 ○月×日(月)10時～</td> </tr> <tr> <td>0-8-2 同居家族以外の介護者 □無 ☑有→(続柄:長女)</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 ☑家族教室・家族会の案内</td> </tr> <tr> <td>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 □その他〔 〕</td> <td>☑家族への支援 〔具体的な内容 特養の待機状況を伝え、老健について情報提供し、申し込みを勧める〕</td> </tr> </tbody> </table> <p>0-9虐待の有無● □有 ☑無 □疑い</p>				確認項目	対応	0-8-1 同居家族 □無 ☑有→(続柄:長男夫婦、孫)	☑治療方針の説明 ☑家族面談の調整 ○月×日(月)10時～	0-8-2 同居家族以外の介護者 □無 ☑有→(続柄:長女)	☑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 ☑家族教室・家族会の案内	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 □その他〔 〕	☑家族への支援 〔具体的な内容 特養の待機状況を伝え、老健について情報提供し、申し込みを勧める〕	<p>1-1 院内チームによる情報共有● (記載者:○○ 実施日:○年×月△日)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>確認項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☑治療方針の確認</td> </tr> <tr> <td>☑治療目標の共有</td> </tr> <tr> <td>☑「入院前～入院」時の情報共有</td> </tr> <tr> <td>☑特記事項</td> </tr> <tr> <td>〔家族の希望・経済状況から退院先が老健となる可能性が高いため、使用する薬剤に注意する〕</td> </tr> </tbody> </table> <p>2-1 院内カンファレンス●(記載者:○○ 実施日:○年×月△日)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>確認項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☑入院前から現在までの経過の共有</td> </tr> <tr> <td>☑「暮らしの情報」の共有*</td> </tr> <tr> <td>☑「私の気持ちの確認」の共有*</td> </tr> <tr> <td>☑家族が希望する退院先(0-8-3)の共有</td> </tr> <tr> <td>☑治療的課題の明確化</td> </tr> <tr> <td>〔夜間良眠できるよう薬物調整を行う グループ活動への参加を促す〕</td> </tr> <tr> <td>☑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)</td> </tr> <tr> <td>☑治療目標の確認</td> </tr> <tr> <td>☑特記事項</td> </tr> <tr> <td>〔本人の好む活動を探り、できるだけ意識を屏から避け、落ち着いて過ごせる時間を作る。〕</td> </tr> </tbody> </table> <p>3-1 「私の気持ちの確認」●*←家族面談前に確認 (記載者:○○ 確認日:○年×月△日)</p> <p>☑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</p> <p>☑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</p> <p>3-2 家族面談の実施●(記載者:○○ 実施日:○年×月△日)</p> <p>参加者:☑家族(長男の妻、長女) □本人 ☑介護支援専門員 □その他()</p> <p>☑主治医 ☑看護師 ☑ソーシャルワーカー □その他病院職員()</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>確認項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☑病状の説明</td> </tr> <tr> <td>☑治療的課題の評価</td> </tr> <tr> <td>☑生活動作(H)を共有*</td> </tr> <tr> <td>☑本人と家族の退院に対する意向のズレを確認:□無 ☑有→「目標を妨げる要因」に記入</td> </tr> <tr> <td>☑退院に向けた課題の整理</td> </tr> <tr> <td>〔☑集団の中での本人の様子 ☑地域住民調整要否□要(調整者:)〕</td> </tr> <tr> <td>〔☑经济管理状況(□本人☑家族□その他☑問題の有無) 経済的に利用可能な施設は特養・老健のみ。 特養は入院前から申し込んでいるが入所の目途が立たないため老健の申し込みを行う 本人の精神症状も安定せず、引き続き薬物調整を行う〕</td> </tr> <tr> <td>3-2-1 家族への働きかけ</td> </tr> <tr> <td>☑情報提供</td> </tr> <tr> <td>☑家族の意向の明確化</td> </tr> <tr> <td>□在宅希望→ □介護支援専門員の決定</td> </tr> <tr> <td>☑施設希望(種別:□GH ☑老健 □有料 □特養 □その他:)</td> </tr> <tr> <td>〔希望する理由: 長年在宅介護してきたが、制止しても出て行ってしまい帰ってこれないため家族が疲弊してしまっていた。〕</td> </tr> <tr> <td>☑外出・外泊の調整(月 日 時～ 月 日 時) 外出・外泊は困難</td> </tr> </tbody> </table>				確認項目	☑治療方針の確認	☑治療目標の共有	☑「入院前～入院」時の情報共有	☑特記事項	〔家族の希望・経済状況から退院先が老健となる可能性が高いため、使用する薬剤に注意する〕	確認項目	☑入院前から現在までの経過の共有	☑「暮らしの情報」の共有*	☑「私の気持ちの確認」の共有*	☑家族が希望する退院先(0-8-3)の共有	☑治療的課題の明確化	〔夜間良眠できるよう薬物調整を行う グループ活動への参加を促す〕	☑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)	☑治療目標の確認	☑特記事項	〔本人の好む活動を探り、できるだけ意識を屏から避け、落ち着いて過ごせる時間を作る。〕	確認項目	☑病状の説明	☑治療的課題の評価	☑生活動作(H)を共有*	☑本人と家族の退院に対する意向のズレを確認:□無 ☑有→「目標を妨げる要因」に記入	☑退院に向けた課題の整理	〔☑集団の中での本人の様子 ☑地域住民調整要否□要(調整者:)〕	〔☑经济管理状況(□本人☑家族□その他☑問題の有無) 経済的に利用可能な施設は特養・老健のみ。 特養は入院前から申し込んでいるが入所の目途が立たないため老健の申し込みを行う 本人の精神症状も安定せず、引き続き薬物調整を行う〕	3-2-1 家族への働きかけ	☑情報提供	☑家族の意向の明確化	□在宅希望→ □介護支援専門員の決定	☑施設希望(種別:□GH ☑老健 □有料 □特養 □その他:)	〔希望する理由: 長年在宅介護してきたが、制止しても出て行ってしまい帰ってこれないため家族が疲弊してしまっていた。〕	☑外出・外泊の調整(月 日 時～ 月 日 時) 外出・外泊は困難
	確認項目	対応																																														
	0-8-1 同居家族 □無 ☑有→(続柄:長男夫婦、孫)	☑治療方針の説明 ☑家族面談の調整 ○月×日(月)10時～																																														
	0-8-2 同居家族以外の介護者 □無 ☑有→(続柄:長女)	☑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 ☑家族教室・家族会の案内																																														
	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 □その他〔 〕	☑家族への支援 〔具体的な内容 特養の待機状況を伝え、老健について情報提供し、申し込みを勧める〕																																														
	確認項目																																															
	☑治療方針の確認																																															
	☑治療目標の共有																																															
	☑「入院前～入院」時の情報共有																																															
	☑特記事項																																															
〔家族の希望・経済状況から退院先が老健となる可能性が高いため、使用する薬剤に注意する〕																																																
確認項目																																																
☑入院前から現在までの経過の共有																																																
☑「暮らしの情報」の共有*																																																
☑「私の気持ちの確認」の共有*																																																
☑家族が希望する退院先(0-8-3)の共有																																																
☑治療的課題の明確化																																																
〔夜間良眠できるよう薬物調整を行う グループ活動への参加を促す〕																																																
☑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)																																																
☑治療目標の確認																																																
☑特記事項																																																
〔本人の好む活動を探り、できるだけ意識を屏から避け、落ち着いて過ごせる時間を作る。〕																																																
確認項目																																																
☑病状の説明																																																
☑治療的課題の評価																																																
☑生活動作(H)を共有*																																																
☑本人と家族の退院に対する意向のズレを確認:□無 ☑有→「目標を妨げる要因」に記入																																																
☑退院に向けた課題の整理																																																
〔☑集団の中での本人の様子 ☑地域住民調整要否□要(調整者:)〕																																																
〔☑经济管理状況(□本人☑家族□その他☑問題の有無) 経済的に利用可能な施設は特養・老健のみ。 特養は入院前から申し込んでいるが入所の目途が立たないため老健の申し込みを行う 本人の精神症状も安定せず、引き続き薬物調整を行う〕																																																
3-2-1 家族への働きかけ																																																
☑情報提供																																																
☑家族の意向の明確化																																																
□在宅希望→ □介護支援専門員の決定																																																
☑施設希望(種別:□GH ☑老健 □有料 □特養 □その他:)																																																
〔希望する理由: 長年在宅介護してきたが、制止しても出て行ってしまい帰ってこれないため家族が疲弊してしまっていた。〕																																																
☑外出・外泊の調整(月 日 時～ 月 日 時) 外出・外泊は困難																																																
入院前から介護支援専門員がかかわっていた場合	<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×月△日)</p> <p>☑支援が困難であると感じた理由 (本人の拒否が強く、介護サービスが利用できない状況が続いている)</p> <p>☑入院になった経緯(生活状況も含め)の確認 (上記0-1の理由により、家族の介護疲れが著しく、家族の生活にも影響したため)</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>☑病院訪問による本人の状況・意向の確認</p> <p>☑家族の状況・意向の確認</p> <p>☑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>☑情報交換</p>																																											
本人の思い	「家に帰るから開けてちょうだい」「誰か来て」と扉を叩く				「家に帰るから開けてちょうだい」と扉を強く生まれ育った家に帰ることを強く望んでいる																																											
家族の思い	何年も介護してきたので、在宅介護は限界と感じている、ずっと入院させてほしい				入所できる施設があるのか心配、できればずっと入院してほしい、本人が入院して久しぶりにぐっすり眠れた、今後の在宅介護は考えられない																																											
ズレの要因	□無 ☑有→☑本人・家族 □スタッフ □システム □地域				☑無 ☑有→☑本人・家族 □スタッフ □システム □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

認知症の人の「退院支援・地域連携パス」記入例

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														
	介護支援専門員（退院時）:			特養・老健の入所申し込みから入所までの待機期間が長く、入院期間が長期化している														
時間軸	入院を要する症状（状態）の改善期			退院調整期														
捉える視点	地域生活を実現する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)			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週目		入院後5週目		入院後7週目～退院（退院日： ○年 ×月 △日）													
目標	退院の方向づけ		①ケア会議の実施	②退院先と退院時期の設定	退院後の生活支援体制の調整・確認													
治療目標	薬物調整			服薬継続														
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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> できなかったこと・心配な点の確認		5-1 初回ケア会議の実施●★ (記載者:○○ 開催日:○年×月△日) 参加者: <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(長男の妻、長女) <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 主治医 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 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:) <input type="checkbox"/> できたことの確認 家族の意向により実施できず。 <input type="checkbox"/> できなかったこと・心配な点の確認													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>確認項目</th> <th>今後の対応</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		確認項目	今後の対応			<table border="1"> <thead> <tr> <th>確認項目</th> <th>対応</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		確認項目	対応			<table border="1"> <thead> <tr> <th>確認項目</th> <th>対応</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		確認項目	対応		
	確認項目	今後の対応																
確認項目	対応																	
確認項目	対応																	
<input type="checkbox"/> 外泊結果の確認 <input type="checkbox"/> 家族面談時との変更→ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(理由:)		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 checked="" 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 type="checkbox"/> 在宅希望 → <input 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 checked="" type="checkbox"/> 施設希望(種別: <input type="checkbox"/> GH <input checked="" type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 移動 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 生活リズム <input checked="" type="checkbox"/> 活動・社会参加 <input checked="" type="checkbox"/> 同居者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 1人になる時間 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬回数の調整 <input checked="" type="checkbox"/> 家屋修繕 全ての生活動作に声かけ・介助が必要な状態 眠前薬の服用により夜間は良く眠れている <input checked="" type="checkbox"/> 本人の生活に対する意向の反映 <input checked="" type="checkbox"/> 治療目標の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項 家族が面会に行きやすい特養○○、特養××、老健△△、老健□□に申し込んでいる。 特養は入所できる用途は立たない。 老健はいずれも3か月から6か月の待機期間が生じると思われる。 本人に施設入所に対する意向を確認しようとするも、会話が続き本人の同意はとれていない。		7-1 最終ケア会議の開催★● (記載者:○○ 開催日:○年×月△日) 参加者: <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(長女) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他病院職員() <input type="checkbox"/> サービス提供事業所の担当者() <input checked="" type="checkbox"/> その他(老健△△)														
4-2 初回ケア会議参加に向けての準備★ <input checked="" type="checkbox"/> 生活に対する意向の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄:長男の妻、長女)		<input type="checkbox"/> 外泊結果の確認 <input type="checkbox"/> 家族面談時との変更→ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(理由:)		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)														
入院前から 介護支援 専門員が かかわって いた場合	4-3 自宅訪問の実施★ (訪問日: 年 月 日 訪問者:) <input type="checkbox"/> 外出・外泊の取り組みの確認		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有→ <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 地域		7-2-1 退院支援に係る手続き・情報共有● <input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書の用意 <input checked="" type="checkbox"/> 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★ <input checked="" type="checkbox"/> サービス調整の結果の確認 <input type="checkbox"/> ケアプラン(原案)の共有													
本人の思い	誰彼構わず腕を掴んで扉を開けることを要求する、生まれ育った家に帰ることを強く望んでいる			他者の手を引き病棟内を歩くことが多い、「家に帰りたい」とは言うが扉を叩く行為はなくなった														
家族の思い	じっとしてられないので自宅での生活は無理だと思う			施設職員との面接ではにこやかに対応していた														
ズシの要因	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有→ <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 地域			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 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

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	
住 所	〒		認定の有効期間
			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:)
☎:		FAX:	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じみの人（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で結ぶなどの工夫をしてください。
 また、現在のつながりだけでなく、途切れてしまった関係や新しく作っていく関係なども記入し、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	暮らしの様子	長年なじんだ習慣や好み
毎日の習慣となっていること		家事（洗濯・掃除・買い物・料理・食事のしたくなど）	
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	
排泄の習慣 トイレ様式		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 （歯磨き・髭剃り・お化粧・髪をとかすなど）		信仰について	
おしゃれ・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*

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 散歩
7:00								
8:00								朝食 テレビ
9:00								通所介護
10:00								↑担当：Oさん
11:00								
12:00								昼食
13:00								
14:00								入浴
15:00								
16:00								↓
17:00								帰宅 友人のSさん
18:00								
19:00								夕食
20:00								テレビ
21:00								
22:00								就寝
23:00								
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 暮らしの場面における生活動作

【入院前の情報】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】 記載者名： _____ 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			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
	できている	できているがしていない	できない			
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						
整容(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(支払いも含む)						
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						
やりたいことを選択(食べたいものや衣類等を自分で選ぶ)						
人への気遣い						
その他						

【入院中の情報】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			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
	できている	できているがしていない	できない			
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						
整容(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(支払いも含む)						
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						
やりたいことを選択(食べたいものや衣類等を自分で選ぶ)						
人への気遣い						
その他						

NO.	病院	病棟	氏名: (男・女)	□M□T□S 年 月 日生(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:	□自宅 □GH □施設 □病院 □その他()			入院形態:□医保 □任意 □その他()	年金:□老齢 □遺族 □障害 □その他()	医療保険:□国保 □健保 □生保 □その他()				
主介護者氏名:	(続柄: 年齢: 歳)	主介護者住所:		後見人氏名:	後見人連絡先	緊急連絡先①		②		
要介護度:(入院前:要 →退院時:要) □申請中 □区分変更中(申請日 年 月 日)				入院前利用サービス(□訪問介護 □訪問看護 □短期入所生活介護 □通所介護 □その他()						
時 間 軸	入院前～入院				入院を要する症状(状態)の改善期					
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				地域生活を実現する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)					
目 安 となる 時期	入院前から入院(入院日: 年 月 日)				入院後1週目	入院後2週目	入院後3週目			
目 標	①本人がどのような状態・状況になれば退院可能か確認 ②入院前の生活状況の把握				情報共有	①課題の整理 ②退院後の見立て	具体的な(治療上)退院支援が開始できるかの確認			
治 療 目 標										
治療的課題及び生活支援課題	0-1 本人・家族が何に困って入院をしてきたか● () 0-2 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 □前頭側頭型認知症 □認知症疑い □その他() 0-3 かかりつけ医● □無 □有(機関名: 主治医:) 0-4 合併症● □無 □有(疾患名:) 0-5 服薬● ①主たる疾患 □無 □有 ②合併症 □無 □有 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)●* □特記事項 () 0-7 「私の気持ちの確認」●* □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 □病気に関する不安 □本人が希望する退院先 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)				1-1 院内チームによる情報共有● (記載者: 実施日: 年 月 日) 確認項目 □治療方針の確認 □治療目標の共有 □「入院前～入院」時の情報共有 □特記事項 ()		2-1 院内カンファレンス●(記載者: 実施日: 年 月 日) 確認項目 □入院前から現在までの経過の共有 □「暮らしの情報」の共有* □「私の気持ちの確認」の共有* □家族が希望する退院先(0-8-3)の共有 □治療的課題の明確化 () □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) □治療目標の確認 □特記事項 ()		3-1 「私の気持ちの確認」●*←家族面談前に確認 (記載者: 確認日: 年 月 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: 実施日: 年 月 日) 参加者:□家族() □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() 確認項目 □病状の説明 □治療的課題の評価 □生活動作(H)を共有* □本人と家族の退院に対する意向のズレを確認:□無 □有→「目標を妨げる要因」に記入 □退院に向けた課題の整理 (□集団の中での本人の様子 □地域住民調整要否→□要(調整者:)) □经济管理状況(□本人□家族□その他 □問題の有無)	
	0-8-1 同居家族 □無 □有→(続柄:) 0-8-2 同居家族以外の介護者 □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 □その他()				□治療方針の説明 □家族面談の調整 月 日() 時 ~ □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 □家族教室・家族会の案内 □家族への支援 (具体的な内容)		2-2 院内での取り組みの確認● (記載者: 確認日: 年 月 日) □生活動作に対する取り組みの確認* (アセスメントシートH-2～3「入院中」の作成)		3-2-1 家族への働きかけ □情報提供 □家族の意向の明確化 □在宅希望→ □介護支援専門員の決定 □施設希望(種別:□GH □老健 □有料 □特養 □その他:) (希望する理由:) □外出・外泊の調整(月 日 時~ 月 日 時)	
入院前から介護支援専門員がかかわっていた場合	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 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 ()				2-3 本人・家族への働きかけ★(記載者: 確認日: 年 月 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		3-3 □家族面談への参加★			
本人の思い										
家族の思い										
ズレの要因	□無 □有→□本人・家族 □スタッフ □システム □地域				□無 □有→ □スタッフ □システム		□無 □有→□本人・家族 □スタッフ □システム □地域		□無 □有→□本人・家族 □スタッフ □システム □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

	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														
地域関係者 連絡先	介護支援専門員（退院時）:																	
時間軸	入院を要する症状（状態）の改善期			退院調整期														
捉える視点	地域生活を実現する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)			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週目		入院後5週目		入院後7週目～退院（退院日： 年 月 日）													
目 標	退院の方向づけ		①ケア会議の実施	②退院先と退院時期の設定	退院後の生活支援体制の調整・確認													
治療目標																		
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) <input type="checkbox"/> できたことの確認 <input type="checkbox"/> できなかったこと・心配な点の確認 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">確認項目</th> <th style="width:50%;">今後の対応</th> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> </tr> </table>		確認項目	今後の対応			5-1 初回ケア会議の実施●★ (記載者: 開催日: 年 月 日) 参加者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他病院職員() <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align:center;">確認項目</th> </tr> <tr> <td> 5-1-1 経過の共有 <input type="checkbox"/>病状の説明 <input type="checkbox"/>これまでの取り組みの確認・共有 <input type="checkbox"/>退院後の生活に関する留意点の確認 <input 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 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 type="checkbox"/>生活に対する意向の確認→「本人の思い」の欄に記入 <input 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 type="checkbox"/>家族面談時との変更→<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(理由:) <input type="checkbox"/>在宅希望 →<input 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"/>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 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 type="checkbox"/>排泄 <input type="checkbox"/>移動 <input type="checkbox"/>入浴 <input type="checkbox"/>睡眠 <input 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 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 <input 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 type="checkbox"/>特記事項 </td> </tr> </table>		確認項目	5-1-1 経過の共有 <input type="checkbox"/> 病状の説明 <input type="checkbox"/> これまでの取り組みの確認・共有 <input type="checkbox"/> 退院後の生活に関する留意点の確認 <input 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 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 type="checkbox"/> 生活に対する意向の確認→「本人の思い」の欄に記入 <input 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 type="checkbox"/> 家族面談時との変更→ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(理由:) <input type="checkbox"/> 在宅希望 → <input 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"/> 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 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 type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input 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 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 <input 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 type="checkbox"/> 特記事項 	5-2 自宅訪問の実施●★ (記載者: 訪問日: 年 月 日) (訪問者:) <input type="checkbox"/> できたことの確認 <input type="checkbox"/> できなかったこと・心配な点の確認 <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 style="height: 100px;"></td> <td></td> </tr> </table>	確認項目	対応			7-1 最終ケア会議の開催★● (記載者: 開催日: 年 月 日) 参加者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他病院職員() <input type="checkbox"/> サービス提供事業所の担当者() <input type="checkbox"/> その他() <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align:center;">確認項目</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>前回のケア会議での決定事項の評価 <input type="checkbox"/>取り組んだ内容の評価 <input type="checkbox"/>課題の整理→<input 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 () <input type="checkbox"/>本人の生活に関する意向の共有 <input type="checkbox"/>家族の介護に対する意向の共有 <input type="checkbox"/>退院後の生活に関する留意点の確認 <input type="checkbox"/>からだの病気にに関する留意点 () <input type="checkbox"/>精神症状に関する留意点 () <input type="checkbox"/>服薬に関する留意点 () <input type="checkbox"/>生活上の配慮 () <input type="checkbox"/>その他の留意点 () <input type="checkbox"/>家族への支援 <input type="checkbox"/>対応技術の共有・伝達 <input type="checkbox"/>家族が困難と感ずることへの支援 <input type="checkbox"/>サービス調整に係る進捗状況の確認 <input type="checkbox"/>今後の外来受診の予定 <input 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 type="checkbox"/>「私の資源マップ」の作成* <input type="checkbox"/>特記事項 () 退院日(年 月 日) 退院先() 通院先() 初回外来予定日(年 月 日) </td> </tr> </table>	確認項目	<input type="checkbox"/> 前回のケア会議での決定事項の評価 <input type="checkbox"/> 取り組んだ内容の評価 <input type="checkbox"/> 課題の整理→ <input 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 () <input type="checkbox"/> 本人の生活に関する意向の共有 <input type="checkbox"/> 家族の介護に対する意向の共有 <input type="checkbox"/> 退院後の生活に関する留意点の確認 <input type="checkbox"/> からだの病気にに関する留意点 () <input type="checkbox"/> 精神症状に関する留意点 () <input type="checkbox"/> 服薬に関する留意点 () <input type="checkbox"/> 生活上の配慮 () <input type="checkbox"/> その他の留意点 () <input type="checkbox"/> 家族への支援 <input type="checkbox"/> 対応技術の共有・伝達 <input type="checkbox"/> 家族が困難と感ずることへの支援 <input type="checkbox"/> サービス調整に係る進捗状況の確認 <input type="checkbox"/> 今後の外来受診の予定 <input 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 type="checkbox"/> 「私の資源マップ」の作成* <input type="checkbox"/> 特記事項 () 退院日(年 月 日) 退院先() 通院先() 初回外来予定日(年 月 日)
確認項目	今後の対応																	
確認項目																		
5-1-1 経過の共有 <input type="checkbox"/> 病状の説明 <input type="checkbox"/> これまでの取り組みの確認・共有 <input type="checkbox"/> 退院後の生活に関する留意点の確認 <input 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 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 type="checkbox"/> 生活に対する意向の確認→「本人の思い」の欄に記入 <input 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 type="checkbox"/> 家族面談時との変更→ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(理由:) <input type="checkbox"/> 在宅希望 → <input 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"/> 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 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 type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input 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 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 <input 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 type="checkbox"/> 特記事項 																		
確認項目	対応																	
確認項目																		
<input type="checkbox"/> 前回のケア会議での決定事項の評価 <input type="checkbox"/> 取り組んだ内容の評価 <input type="checkbox"/> 課題の整理→ <input 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 () <input type="checkbox"/> 本人の生活に関する意向の共有 <input type="checkbox"/> 家族の介護に対する意向の共有 <input type="checkbox"/> 退院後の生活に関する留意点の確認 <input type="checkbox"/> からだの病気にに関する留意点 () <input type="checkbox"/> 精神症状に関する留意点 () <input type="checkbox"/> 服薬に関する留意点 () <input type="checkbox"/> 生活上の配慮 () <input type="checkbox"/> その他の留意点 () <input type="checkbox"/> 家族への支援 <input type="checkbox"/> 対応技術の共有・伝達 <input type="checkbox"/> 家族が困難と感ずることへの支援 <input type="checkbox"/> サービス調整に係る進捗状況の確認 <input type="checkbox"/> 今後の外来受診の予定 <input 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 type="checkbox"/> 「私の資源マップ」の作成* <input type="checkbox"/> 特記事項 () 退院日(年 月 日) 退院先() 通院先() 初回外来予定日(年 月 日)																		
入院前から 介護支援 専門員が かかわって いた場合	4-2 初回ケア会議参加に向けての準備★ <input type="checkbox"/> 生活に対する意向の確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄:)																	
	4-3 自宅訪問の実施★ (訪問日: 年 月 日 訪問者:) <input type="checkbox"/> 外出・外泊の取り組みの確認																	
本人の思い																		
家族の思い	<input type="checkbox"/> 介護への思い																	
ズレの要因	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 地域		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 地域		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 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

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: _____ 様 入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医: _____ 担当看護師: _____ 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										
退院までの流れ	病院で行うこと	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。 	担当医は服薬の調整を行います。 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。	ご家族との面談を行います。 <input type="text" value="月 日() : ~"/> 医師から治療経過や病状について説明します。 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。	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。 <input type="text" value="月 日() : ~"/> 	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。 <input type="text" value="月 日() : ~"/> [退院先] [退院日] 月 日() :	* 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ある場合 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。 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。		病院での面談に参加し、皆さんと情報を共有します。 支援者がご自宅へ伺うことがあります。 [訪問日] 月 日() 時	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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> [介護支援専門員等] 氏名: 事業所名: 電話番号: </div>	
	ご本人	検査や健康チェックを行います。		病棟の活動にご参加ください。 退院後の生活について、ご希望をうかがいます。 外泊について検討します。		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。 [メモ]		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。 [メモ] 最終面談の日程を決めます。		退院後の生活における留意点について確認します。	
	ご家族	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。 介護認定などの情報について確認させていただきます。 * 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カ月かかる場合もありますので、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)。 初回面談の日程を決めます。							退院後の生活を応援する人たちを確認します。 		
	メモ	面談の際に確認しておきたいことなどを記入ください									

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
