

退院に向けてのききとりシートの位置づけについて

滋賀県介護支援専門員連絡協議会

会長 鈴木 則成

1. 退院時ケアマネジメントの重要性

- ・入院期間の短縮化が推進されるなか、自宅への円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。
- ・特に、要介護者の場合、
 - ①年齢が高い
 - ②様々な病気や症状を有している場合が多い
 - ③日常生活動作（ADL）に障害を来している
 - ④入院中は治療優先のため、活動性低下に伴う廃用性機能低下を来しやすい
 - ⑤療養環境（病院と自宅の療養環境、ケア環境・体制）の変化の影響を受けやすいことから、円滑な退院を実現するためには、病院の退院調整部門（または病棟）と、退院後のケア計画を策定するケアマネジャーの連携が重要となる

2. 退院時ケアマネジメントに求められるもの

- ・ケアマネジメントの重要性が高まるなか、国は、マネジメントプロセス（適切なアセスメントに基づく課題認識⇒解決すべき課題の適切な設定⇒長期・短期目標の適切な設定⇒課題分析⇒課題解決策の検討・実践⇒モニタリング⇒課題や対策の再検討）の機能強化を目指している。当然、退院時ケアマネジメントにおいても、同プロセスの適切な運用が必要となる。
- ・入院期間が短縮されると、
 - ① 病院で行われる「退院指導」が完結しなくなる（指導は行われたとしても、要介護者・家族がその内容を理解し、退院後の生活で実践に移すまでには至らない場合が増える）
 - ② 医療（治療・看護）の継続的関与が必要な退院患者が増える
 - ③ ADL が回復期過程にある状態での退院患者が増えることが予想される。
- ・特に、退院前後においては、「病状や症状」、「ADL」が変化しやすい状態にある。そのため、ケアマネジャーは、これら状態の変化の可能性や生活も含めた予後予測を十分意識（イメージ）した上で、**居宅サービス計画書**の内容（医療サービスの導入の必要性、医療職に期待する役割）を検討していく必要がある。医療職を交えた会議である退院前カンファレンスを、ケアマネジメントプロセスの機能強化の「場」として、有効活用していく必要がある。

3. 退院に向けてのききとりシートの役割

- ・以上の背景を踏まえると、退院に向けてのききとりシートの役割は、「**居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）**を決定するために必要な情報を収集するためのシート」となる。

4. 居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）を作成に必要な情報とは

- ・情報に関しては、マネジメントプロセスに沿った形での収集が必要となる。以下、①課題認識、②課題分析、③課題解決策の検討の順に、必要な情報の検討を行う。

(課題認識のための情報)

- ・課題を認識するためには、「現状評価」と「3カ月・6カ月・1年後の改善・悪化の可能性の評価（病状・症状やADLの予後評価）」の両面が必要となる。
- ・現状評価に関しては、①退院直前における病状や症状の確認、②病院の環境下でのADL状況の確認などが必要と考えられる。
- ・ただし、重要なことは、「自宅での生活が、退院後からスムーズに行えるように支援すること」である。特に、ADLに関しては、療養環境の影響を受けやすい（病院のフラットな環境では自立して出来ていたことも、自宅環境下では出来ないことも多い）。したがって、「自宅環境下でのADL評価（例：自宅のお風呂で、入浴が自立してできるのか）」が重要となる（病院でのADL評価は、本人のADLの能力評価としては重要）。
- ・また、ADL、生活行為を左右する要因としての見守り体制、介護環境（独居・高齢世帯・昼間独居など見守り体制がない）の確認も必要である。
- ・予後評価、課題分析に関しては、ケアマネジャーだけでなく、病院の看護師やリハ職からヒアリングすべき項目を整理した上で、**退院に向けてのききとりシート**に落とし込む必要がある。
- ・現状評価、予後評価に関する情報を収集した上で、①退院後の健康状態の適切な管理、②自宅環境下でのADL・IADLの実行状況の確保（ないし向上）を図るために、ケアマネジャーとして何が課題であると考えたかを記載する欄も必要と考える（自身の課題設定が妥当かどうかを専門職に確認してもらおう→ケアマネジャーとしての見立てのレベルアップにつなげる）。

(課題分析)

- ・課題を解決するためには、上記設定課題が生じている根本原因を検討しなければならない（根本原因を除去することによって、初めて課題が改善（ないし解決）に向かう）。ただし、病状・症状やADL障害が生じている原因をケアマネジャー自身が正確に把握することは困難である。したがって、病院の看護師やリハ職からヒアリングし、**退院に向けてのききとりシート**に記載する欄を設ける必要があると考える。

(課題解決策の検討)

- ・退院後のサービス検討に当たっては、看護機能の継続性の検討が必要。具体的には、
 - ①看護師による継続的な体調面の観察やアセスメントが必要か
 - ②本人や家族に対する療養指導（生活習慣指導、服薬指導を含む）が必要か
 - ③直接的関与（バイタル測定、医療処置対応）が必要かなどの確認が必要となる。その上で、①これら指導や関与が自宅で実施する必要があるか、②通所などに配置されている看護師による対応で対応可能かなどを吟味した上で、本人・家族のサービスに対する意向も加味しながら、何のサービスを導入するかを決定していくこととなる（訪問看護を入れるかどうかは重要なのではなく、看護師が有する能力を発揮してもらう必要があるのか、あるとしたらどのような形で発揮してもらうかの視点が重要）。なお、リハの継続性の検討に関しても、同様のことが必要となる。
- ・要介護者はADLに障害を有しているため、様々な生活障害が起こりやすい。また、短期間の入院でさえも、廃用性の機能低下を生じやすい。また、退院前後では、療養環境も大きく異なるため、病院では出来ていたことも、家ではできないということが生じる。自宅環境下でのADLが可能かどうかを、病院のリハ職などに確認することが重要となる。