

精神科急性期ケアマネジメント（病棟用）プログラム・マニュアル

この精神科急性期ケアマネジメント（病棟用）プログラム・マニュアルは、わが国における精神科急性期病棟群（精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟等）において、入院早期よりケアマネジメントを有効に実施するために、急性期病棟で行うケアマネジメントに必要なとされるプログラムの理念や要素を簡略にまとめたものです。

【構成】

- I. はじめに ケアマネジメントの枠組みと理念
 - 1) ケアマネジメントの枠組み
 - 2) 急性期ケアマネジメントに必要な態度・理念
- II. 急性期ケアマネジメント(病棟用)の過程とその構成要素
 - 1) ケアマネジメントの基本的な流れ
 - 2) 病棟で実施するケアマネジメントの流れ
 - ①スクリーニング（ふるい分け）
 - ②ケースとのコンタクト・関係作り・ケアマネジメントについての説明
 - ③アセスメント
 - ④ケア計画（ケアプラン）の作成
 - ⑤ケア会議
 - ⑥調整会議
 - 3) ネットワークの形成
- III. 急性期ケアマネジメントに必要な構造と機能
 - 1) 多職種チームアプローチ
 - 2) 病棟プライマリーケアマネジャー
 - 3) 調整会議
 - 4) 人材育成とケアマネジメント技術の向上
 - 5) ケアマネジメント実施状況のモニタリング

付録

- （資料 1）病棟ケアマネジメントの流れ
- （資料 2）スクリーニングチェックリスト
- （資料 3）アセスメントシート
- （資料 4）ケア計画用紙
- （資料 5）クライシスプラン用紙
- （資料 6）ケア会議 記録用紙
- （資料 7）調整会議用シート
- （資料 8）モニタリングシート

I. はじめに ケアマネジメントの枠組みと理念

1) 急性期ケアマネジメントの目標

- ・ 退院先の住居確保が必要である、家族の拒否をほぐす必要がある、服薬の重要性を理解してもらう必要があるなど、急性期に入院した患者さんが、今後安定した社会生活を送れるようになるための心理社会的なニーズは、入院直後からすでに存在していることは少なくありません。そしてその情報の多くは、患者さんと接するうちに入院の早い段階でスタッフが把握することができます。
- ・ 重要な点は、このようなニーズが複数ありながら、それらに應えるサポートが十分でない場合は、患者さんの転棟・転院、長期入院化や“回転ドア”現象が生じることがしばしばおきがちだということです。医学的な治療だけでは解決し得ない問題が、患者さんの生活のなかにあり、それらにも支援を行うことが、病いを抱えながらも安定した地域生活を再開するためには必要なことなのです。
- ・ この急性期ケアマネジメントとは、複数の心理社会的ニーズをもつ入院患者さんが、適切なサポートと治療を得て、できるだけ早期に退院し、退院した後に地域における生活を楽しみ、かつ、その生活を安定的に維持できるように、入院中から地域生活支援の第一歩を始めることをその目標としています。そのためには、退院後に地域で継続的にケアマネジメントを実施する人にケアマネジメントを引き継ぐことも不可欠です。
- ・ 急性期ケアマネジメントは上記を達成するため、関係作り（エンゲージメント）からアセスメント、ケア会議とケア計画作りまでのケアマネジメントのプロセスを、病棟で患者さんの治療と平行して進めるものです。ケア計画は、本人、家族、主治医、病棟勤務のスタッフ、地域ケアのスタッフなどで共有され、退院後の生活の支援に活かされます。
- ・ 急性期ケアマネジメントが上手く運用されたときには、退院前から地域生活を支援する人々と患者さんの関係作りが円滑に行え、退院直後から適切なサポートを患者さんは受けることが出来ます。それによって、安定した地域滞在の日数が延長していくことが期待されます。

2) 急性期ケアマネジメントの対象者

- ・ 急性期ケアマネジメントの対象者は、精神科急性期病棟に入院した患者さんのうち、複数のニーズをもち、継続的かつ包括的な支援を必要とする人々です。この判断には入院直後の「スクリーニング」のプロセス(後述)によりその必要性が判断されます。
- ・ また、急性期ケアマネジメントには、いくつかの除外基準があります。
 - 年齢（65歳以上）
 - 診断（診断が薬物・アルコール依存、認知症のみ）
 - 鑑定入院・医療観察法による入院
 - 1週間以内に転棟・転院が決まっている
 - キャッチメントエリア（対象とする地域）外である

- ・ スクリーニング時には「ケアマネジメントの必要なし」と判断された患者さんでも、その後1カ月以上入院しており退院の目処が立たない人の場合は、医学的な薬物への治療抵抗性がかりが入院持続の要因ではないと考え、再度対象とします。

3) 急性期ケアマネジメントの実施者

- ・ 急性期ケアマネジメントの対象病棟として想定されるのは、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟、その他の精神科病棟を含む、精神科急性期治療を提供している病棟です。
- ・ ただし、急性期ケアマネジメントの第一義的な対象者は統合失調症、双極性障害、重症うつ病の診断を受けた人々と考えますので、これらの人々がほとんど入院しない病棟は対象外であるといえます。
- ・ 当該病棟で誰がケアマネジメントを実施するかについては現場の特徴にあわせて決めていく必要がありますが、一般的には以下のように考えられます。
 - ▶ ケアマネジメントは多職種チームによって行われる必要がある。
 - ▶ ケアマネジメントのプロセスで得られた情報は関係のスタッフ全員で共有される必要がある。
 - ▶ スクリーニングは入院のもっとも早期に患者さんと関わるスタッフによって行われる必要がある。具体的にはプライマリー(担当)看護師がその役割を取ることが一般的である。
 - ▶ アセスメント、ケア計画作りは看護師、精神保健福祉士、作業療法士などがチームを組んで作業をすることが薦められる。チームワークの実際は病棟の文化によって左右されるが、対象患者さんごとにケアマネジメントの作業の中心を担い、責任を持つ人(プライマリーケアマネジャー)がいることが必要である。
 - ▶ 主治医もケアマネジメントのチームの一員として位置づけられ、ケア計画作成のプロセスが治療の方針と整合性を持つようにすることも重要である。

4) 急性期ケアマネジメントに必要な態度・理念

【ストレングスマodel】

- ・ スtrenグスマodelとは、患者さん本人の出来ているところ、長所、力量に注目し、また患者さんの暮らす生活環境の長所や利点も知り、それらを活用して今後の生活に役立てるように、退院後の生活設計を行う方法のことを言います。
- ・ スtrenグスとは強さのことであり、疾患や障害を抱えながらも患者さん本人がもっている力と生活環境のもっている長所や利点を組み合わせることが出来ると、質の高い生活が可能であると考えます。すなわち、仕事に就くこと、学ぶこと、結婚すること、子供を育てることなど、人として普通に希望することは、患者さん本人が望み、さまざまな工夫や苦勞を重ねれば、到達可能な支援の目標として設定されます。活用する資源は必ずしも地域の福祉系のサービスばかりではありません、利用者(患者さん)自身の才能、利用者(患者さん)とスタッフの間の信頼感、患者さんが持っている希望なども重要な資源であるというものの見方をします。

【スタッフと利用者の対等な関係性】

- ・ ケアマネジメントを行う人と受ける人との間の対等な信頼関係があるということが前提として必要です。利用者本人（患者さん）は決して社会的に劣った立場の人々ではなく、障害や疾病のために、生活のしづらさやコミュニケーション上の困難を抱えていながらも社会に対して積極的に参加する権利を有する人として、ケアマネジメントのプロセスの中であつかわれることが必要です。
- ・ そのうえで、支援は利用者（患者さん）個人のニーズは本人自身もっともよく知っているという考えに基づき行われます。
- ・ そして、利用者（患者さん）とスタッフは、対等の立場から支援やサービスが「ふさわしいか」「役に立ちそうか」など話し合える必要があります。また、そのためには、スタッフには地域にある資源やサービスなどの専門家が知りやすい情報を、あらかじめ利用者に提供する必要もあります。ケアマネジメントの初期の段階では、本人の不安感やためらいに寄り添うようにし、信頼関係を作ることにエネルギーを注ぐことも必要です。しかし、同時にスタッフも一人の人間であり、同じ地域社会で生活している人間であるというスタンスを伝えることも大切です。

【チームアプローチ】

- ・ 各職種が自主性を持ち、主治医からの指示を待つのではなく、積極的に退院や地域生活に向けて考える機会を患者さんともつことが必要です。ケアマネジメントがめざすのは「治療」ではなく、「安定し充実した生活の実現」です。病棟の中だけではわからない利用者の生活の現場を訪問などで知り、そしてどのような工夫が利用者の退院後の第一歩に役に立つかを考えるには、さまざまなものの見方ができるチームがあって初めて、柔軟なアイデアがわいてくるのです。
- ・ 同時に、一人ひとりの利用者（患者さん）のケアマネジメントの一連のプロセスはプライマリケアマネジャーとなったものが責任を持って進めることも重要です。

【オープンシステムのケアマネジメント】

- ・ オープンシステムとは、たとえば一医療法人などの枠を超え、住まいや日中の居場所あるいは退院してからの地域の支援者など、利用者（患者さん）の住む地域社会の中にある役に立つ資源は十分に活用しようとする姿勢のことをいいます。
- ・ オープンシステムのなかで支援を展開するには、スタッフが自身の所属の組織に縛られないで、地域社会のなかのさまざまな人と知り合い、そのネットワークを仕事の上で活用できることが大切です。病棟の中だけを見ていたのでは、オープンシステムは作れません。
- ・ オープンシステムという発想で考えると、逆に、自分の所属している人々が地域社会にどのように貢献してきているのかといったこともわかるようになります。

【当事者中心主義・自己決定の支援】

- ・ 利用者(患者さん)一人一人の考え方や、生活に関する好み、性格などを尊重しながら、本人が自分なりに人生や生活のあり方を自らの意思で選択・決定できるよう支援する、というのがここでいう当事者中心主義(person centered service)です。慢性疾患である精神疾患、あるいは精神障害においては、治療のために長期にわたって生活を犠牲にするというスタンスは、利用者(患者さん)の利益にはならないだろうと考えます。むしろ、利用者が望む生活を充実するという観点から、どのような薬物療法や、その他の治療、支援を行うことがよいのかと考えていくのです。
- ・ そして、転ばぬ先の杖を支援者がつくのではなく、吟味したうえで利用者(患者さん)が、みずから自分のこれからの暮らしのあり方を決めていくことを応援するというスタンスが重要になります。どのような暮らしづくりが、その人らしさにつながるのかは、本人がもっともよく感じ取ることが出来ることでしょう。退院後のどのようなあり方が、利用者本人の「よかった」につながるのかは、やってみなければわからないのです。利用者が「あたりまえに苦労する」ことも認め、しかし常に応援が出来るようスタンバイをしているということが、ケアマネジメントで必要なスタッフのあり方であるといえます。

【アドボカシー：権利擁護】

- ・ 精神障害をもつ人々は社会的にはしばしば差別の対象になり、病いのつらさ以外に、いわれなき差別をうけるつらさ、悔しさなどを抱え、そこからの回復に苦労している場合もあります。支援に当たっては、このような社会状況を理解し、利用者(患者さん)の人権に配慮し、その権利を擁護する視点を持つ必要があります。
- ・ ときには、利用者(患者さん)本人の立場にたって、サービスに対する希望や要望を代弁し、共に主張することも必要になるかもしれません。このようなスタンスで行動するありかたのことをアドボカシーといいます。

Ⅱ. 急性期ケアマネジメントの過程とその構成要素

1) ケアマネジメントの基本的な流れ

ケアマネジメントのそれぞれの段階について詳しく理解する前に、基本的な流れを説明します。本プログラムにおけるケアマネジメントの流れを図式化すると資料 1 のようになります。図では各段階を順に追うように示していますが、それぞれの過程は、例えばアセスメントと関係作りを並行して行ったり、ケア会議をする中でケア計画が変更したりと、時間的に重なり合ったり、逆になる場合もあります。

まず、入院した際に、担当スタッフが、①スクリーニングを実施し、ケアマネジメントを提供する必要がある利用者が確認されます。次にプライマリーケアマネジャーおよび支援チームが形成され、利用者との②関係作りが行われます。利用者との関係性を構築し、ケアマネジメント利用への同意を得ます。そして、利用者の希望（ニーズ）は何か、利用者の希望が達成・充足させるために必要なサービスや支援とは何か、に関して調べられます(③アセスメント)。集められた情報を基に、④利用者の意向を踏まえて支援をどのように提供していくかというケアの計画「ケア計画」が作成されます。このケア計画の作成の際には、サービスや支援を提供する関係者から構成される⑤ケア会議を開催します。利用者本人も参加することが原則であり、利用者本人の希望があれば利用者自身にも参加してもらいます。

これらの取り組みを通し、退院までに、本人のニーズを踏まえたケア計画を作成し、それを退院後に継続的にケアマネジメントを実施する人に引き継ぐのが、本プログラムの目的となります。

また、最低月一度は⑥調整会議を実施し、入院後 2 カ月以上経っても退院後の目処や退院後のケア計画の方針が立っていないケースについて検討します。ケアマネジメントが必要ないとスクリーニングにより判定された利用者についても、1 カ月以上入院しており調整会議によりケアマネジメントが必要であると判断されればケアマネジメントを提供します。

以上までの過程が、病棟にて実施されます。退院後は、ケア計画にのっとって支援が実施され、その傍ら、そのサービスが適切に実施されているかの確認と調整が行われ(モニタリング)、定期的に評価がなされます。この評価でニーズの変化などが把握された場合には、③に戻り再アセスメントを行い、一連の流れを繰り返します。これらの過程を経てケア計画の目的が達せられたとき、ケアマネジメントは終了します。

本マニュアルでは、病棟内で実施する、①から⑥について説明します。以下で、具体的に各過程でどのようなことを行うのか詳細にみていきます。

2) 病棟内で実施するケアマネジメントの流れ

【①スクリーニング】

- ・ スクリーニングとは、ふるい分けを意味し、治療法の必要性を判定する判定基準のことです。このプログラムでは、スクリーニングチェックリスト（資料 2）を用いて、退院後の地域生活維持の観点から、急性期ケアマネジメントの必要性を判定します。

- ・ 入院後3日以内に、スタッフによりスクリーニングチェックリストを実施して下さい。項目によっては、得点が2点あるいは3点の項目があります。すべての得点を合計して 5点以上だった場合に、その方は本プログラムの対象となり、ケアマネジメントを提供することになります。
- ・ 逆に、4点以下でケアマネジメントが必要ないとされた場合でも、臨床的に見てこの人にはケアマネジメントが必要だと判断された場合にはケアマネジメントの対象とします。
- ・ また、急性期ケアマネジメントには、いくつかの除外基準があります。これらの基準のうち、一つでも当てはまる場合は、原則本プログラムの対象外となります。
 - 年齢（65歳以上）
年齢が高齢である場合、たしかに入院は長期化しがちではありますが、本プログラムのケアマネジメントを提供するよりは、むしろ介護保険のサービスにつなげた方がよいと思われます。
 - 診断（薬物・アルコール依存、認知症のみ）
薬物・アルコール依存、認知症のみを診断されている利用者については、それぞれの専門サービスに任せることとします。また、その他に対象者の診断名に条件をつけるかは、このプログラムを始める前に、関わるスタッフの間で合意を得るようにしたほうが良いでしょう。
 - 鑑定入院・医療観察法による入院
これらの入院形態の場合は、退院時期や退院後の支援などを病棟でコントロールすることが難しいため、対象外とします。
 - 1週間以内に転棟・転院が決まっている
入院後すぐに転棟・転院が決まっている場合、短期間で関係性を構築し、患者さんと一緒に退院後の生活について検討することは困難です。本来であれば、転棟・転院後の病棟にてケアマネジメントが実施されるべきではありますが、病棟単位で見た場合には、ケアマネジメント対象外とします。
 - キャッチメントエリア（対象エリア）外
対象者の居住地域についても、プログラム開始前の検討は必要です。入院を引き受けた患者さんですのでなるべく多くの人々を対象にすべきと考えますが、あまりに遠方で地域の支援者とケア会議が実施できないような事例の場合は、十分なケアマネジメントを提供することができません。そのため、各施設において、キャッチメントエリアを定める必要があります。おおむね、施設より車で片道30分以内とするのがよいと思います。キャッチメントエリア外に退院あるいは転棟する予定の場合は対象外とします。
- ・ スクリーニングにより必要なしと判定された場合にも、1か月以上入院が継続している場合で「調整会議」により必要性が認められた場合には、ケアマネジメントの対象とします。
- ・ ケアマネジメントの対象となった時点で、病棟全体でその人が対象であることを共通認識し、ケアマネジメントチームを組織します。具体的には、看護師、PSW、主治医が必須メンバーで、

その他に OT、心理士等に加わってもらいます。チームのうち一人がプライマリーケアマネジャーとなり、ケアマネジメントの遂行に対し責任を持ちます。ただし、すでに地域の相談支援事業者が密接に関わっているなど、十分にケアマネジメントを提供されていると判断される場合には、ケアマネジメントはその支援者とともに行う事になります。

【②ケースとのコンタクト・関係作り・ケアマネジメントについての説明】

- ・ 精神障害をもつ人のケアマネジメントでは、ケアマネジメントへの導入に至るまでの関係作りがとても大きな意味をもちます。
- ・ そのため、まず、精神に障害をもつ人が「この人なら相談出来るな」「いろんなことを話しても安心だな」と思えるような関係を作っていく、その人がこれからどんな生活をしたいのか、何がニーズなのかを共同で明らかにして行く必要があるわけです。専門家－利用者（患者さん）としての関係ばかりでなく、人としてのつながりという点にも心がけます。そのため、接触頻度の多い看護師がプライマリーケアマネジャーとなる方がケアマネジメントの導入がスムーズになります。
- ・ サービスの拒否、明確なニーズ表明がない場合も、積極的に関与し、関係性を構築していきます。
- ・ 関係性が構築された時点でケアマネジメントの概要について本人に説明して、本人の同意を得る必要があります。サービスの趣旨を説明し、本人からの同意をもってサービスが開始されます。
- ・ 概要を説明する際には、本人の希望に添って、それを実現するためのサポートであることを伝え、利用に伴う心理的抵抗や不安を取り除くようにします。また必要時に他の連携機関と情報を交換することを説明します。
- ・ ケアマネジメントが必要となる人については、入院治療計画書に、ケアマネジメントを実施することを明記するのも良いかもしれません。
- ・ 最終的には、ケア計画ができた時点でケア計画に本人の署名をしてもらいます。

【③アセスメント】

- ・ 本人（および家族）が、どんなサービスや支援を望んでいるのか、必要としているかを明らかにするために、担当となるケアマネジメント従事者が、詳しく話を聞いていきます。この一連の査定のことを「ニーズのアセスメント」と呼びます。
- ・ 本人の望む生活を退院後実現するためには、今、何は準備されていて、何が課題として挙げられているのかを知ることが必要です。アセスメントを行う領域は、多様である必要があります。たとえば、健康（身体・精神）、日常生活能力、社会生活、住居、対人関係、経済生活、教育、労働、日中活動の場、などの領域についての本人の出来ることや課題を知ることが必要です。
- ・ アセスメントにあたってはストレングスモデルをもとに、利用者（患者さん）本人や家族・周囲の得意なところや強み、また送りたい生活に関する希望を十分に評価するようにします。従

来の関わり方では、本人やその周りの家族の問題点や「出来ていないこと」に目が行きがちなもの。しかしこのような視点からのみ物事を把握すると、本人や家族の欠点や問題点ばかりを見つけてしまい、「あれも出来ていない」「これも出来ていない」という認識になりかねません。

- ・ 重要なことは、アセスメントとは「管理的に行うものではない」ということです。本人が退院後どんな生活をしたいのかを思い描くために、今まで出来ていたこと、困難だったこと、これからの課題などを、協働作業として整理するためにアセスメントを行います。
- ・ 情報を集めるに際しては、本人はもちろん、可能であれば家族や既に関係している医療などの地域機関からも情報を集めます。なお、家族や地域関係者、専門職などから情報を得る場合は、本人の了解を得る必要があります。
- ・ アセスメントの結果についてはチームや関係者の間で、情報を十分に共有します。
- ・ なお、アセスメントのための面接は、一度に全てを行う必要はありません。利用者の状態に合わせて話を聞いたり、周囲からの必要な情報も得ながら無理のない範囲で進めていきます。
- ・ アセスメントの形式については、皆様が病棟で普段利用しているもので構いません。ただし、本人のニーズ、本人のストレングス（強み、良いところ）については、資料3を用いるか、既存の記録に記入欄を設け、必ず把握するようにして下さい。また、できる限り本人の言葉で記入・把握するようにして下さい。

【④ケア計画（プラン）の作成】

アセスメントした内容に基づき、ケア計画を作成します。

- ・ 建て前的には、ケア計画の目標設定についてはスモールステップを意識した退院直後の生活までの段階的な設定が行われ、その目標に従い短期的・長期的な計画が設定されます。
- ・ 病棟における急性期ケアマネジメントにおいて最も重要なのは、「安心して退院後の生活の第一歩を始めるためには、いまからどんな準備をすることが必要か」ということであり、ここに絞ったケア計画が作成されることが第一優先課題です。
- ・ ケア計画はケア計画シートを利用し、本人と相談しながら作成し、完成したものをコピーし本人と支援者で共有します。ケア計画の具体的な例を資料4で示します。ケア計画は必ず「本人のニーズ」が尊重されるべきであり、治療目標とは異なることもあります。「症状が存在していても地域生活は可能である」という理念のもとにプランを作成することが大切です。本人のニーズを明確にし、生活実現のために必要なこと・私がためしにしてみることを記入していくなどしながら、具体的な行動計画を作ります。
- ・ ケア計画は、本人、各支援者が各短期目標に関して具体的に何を行うかを記載していきます。本人との共有を意識して、専門用語を使わずできる限り本人の言葉や本人のわかりやすい言葉で書くことが必要です。最終的には、退院直後の生活について考えます。
- ・ 次に必要なのは、「今後、再入院をしないようにするためには、どのようなことが生活のなかで出来るとよいか」「具合が悪いということがわかるようなサインはなにか、具合が悪くなる

ような状況とはどんな状況か」「もし、具合が悪くなりそうとき、実際になってしまったときにはどのようなことが出来るとよいか」といった一連の「クライシスプラン（危機の状態を察知・脱するためのプラン）」の作成です。クライシスプランの具体的な例を資料5で示します。クライシスプランはケア計画と同様に本人と協力者であるスタッフが共有します。クライシスプランは、できる限り本人の言葉で記入し、完成したら壁に貼って活用して下さい。

- ・ ケア計画、クライシスプランでは、本人が望む支援、必要な支援を過不足なく提供できるようなものをめざします。過剰な支援、望まない支援の押しつけは好ましくありません。
- ・ ケア計画作成に当たってはケア会議などを活用して、本人と病棟スタッフばかりでなく、主治医、家族、地域での支援者など、利用者（患者さん）が退院後かわりを持つような人々が作成当初から可能な限り情報を共有するようにします。
- ・ 医療資源（デイケア、作業療法、訪問看護など）だけではなく、地域の福祉資源（自立支援法の資源）も視野に入れながら、ケア計画を作成します。またインフォーマルサービス（近隣、親族、友人、ボランティア等）も、ケア計画の中に位置づけることは、「社会での普通の生活」の実現のために推奨されます。（「隣のおばさんに声をかけてもらう」「月に一回友人とご飯を食べる」など）

【⑤ケア会議】

ケア計画を作成するにあたり、本人、病棟スタッフばかりでなく、家族、主治医、地域の支援者にもよびかけケア会議を開催する。

- ・ 急性期ケアマネジメントにおけるケア会議の目的は、①退院後地域でのケアマネジャーを決める、②退院後のケア計画を退院後に関わる人々と合意を得て作成しておくことです。
- ・ ケア会議では退院後地域でケアマネジャーの役割を果たす人（以下「地域ケアマネジャー」）を決定します。入院前にすでに地域にケアマネジャーの役割を果たしている方がいる場合は、引き続きその方をお願いできるかを確認します。地域ケアマネジャーは出来る限り地域サービスの提供者が担うことが望ましいですが、状況により病院スタッフが引き続きこの役割を果たすことも考えられます。地域ケアマネジャーの候補として、相談支援事業者、地域生活支援センターのスタッフ、グループホームの管理者、保健所の職員などがあげられますが、医療機関でもデイケアスタッフなどがこれに該当する場合があります。
- ・ 利用者（患者さん）本人と集まった人々とのあいだで、本人の希望、今の状態、支援の方向性についての合意形成を行います。関係各機関が、ケア会議を通じて吟味されたケア計画に基づき、各機関の特性を活かしながら役割分担をするようにします。このとき、治療計画や看護計画、リハビリ計画など各職種の計画がこのケア計画に沿ったものになるように調整を行います。
- ・ プライマリーケアマネジャーの役割としてまず関係者に連絡調整を行い、会議のセッティングを行います。本人が積極的に会議で自分の望が伝えられるよう、また、会議の内容を理解できるよう、アドボケート(代弁)機能や「コミュニケーションの橋渡し機能」を担うことは、本人との関係作りの出来たプライマリーケアマネジャーの役割です。またプライマリーケアマネジ

ャーは、ケア会議のあと会議の内容を反映するように、ケア計画を利用者（患者さん）とともに練り直します。

- ・ ケア会議の記録は毎回ケア会議記録用紙に記録し、本人を含め関係者全員が共有します。記録はプライマリーケアマネジャーが行い、専門用語を使わずすべての関係者が理解できる表現を心がけます。記載例（資料6）を参照していただくとわかりやすいと思います。記載内容に関しては本人のプライバシー保護や共有の範囲などについて説明をし、本人に同意、関係者に秘密保持についての確認をとります。
- ・ ケア会議の頻度は、病棟でのケアマネジメントから地域でのケアマネジメントに退院後円滑に移行できるように複数回開催することが多く、退院前には退院前ケア会議を設け、ケアマネジメントの責任の移行を本人も含めて関係者全体で確認をする必要があります。
- ・ ケア会議で決まったこともケア計画に書き加え、本人と協力者で共有するようにして下さい。

【⑥調整会議】

ケアマネジメントが必要とスクリーニングされて2カ月経過してもケア計画作成に至らないケースや、ケアマネジメント必要なしとスクリーニングされたケースで1カ月以上退院の目処がたたないケースは、調整会議で検討を行います。

- ・ 調整会議は、病棟の中核となるスタッフ（医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等）が毎月1回以上ケース検討を行います。対象はケアマネジメントが必要とスクリーニングされて2カ月経過してもケア計画作成に至らないケースで、この会議で何がケア計画作成の障害になっているのかをアセスメントし、担当チームにフィードバックを行います。
- ・ ケアマネジメント必要なしと判断されたケースで1カ月たっても退院の目処がたたないケースは、この会議でケアマネジメントの必要性について検討し、ケアマネジメントが必要と再評価された場合には「ケアマネジメント必要群」と同様のプロセスを踏みます。
- ・ 調整会議で使うことのできるシートを資料7に示します。入院患者全員について、入院日順に年齢、診断、居住地、スクリーニングの得点等を網羅できるようになっています。

3) ネットワークの形成

ケアマネジメントを行うにあたり、利用者の生活全般に対する支援を行うためにはネットワークの形成は不可欠です。ネットワークには①病棟もしくは病院内のネットワークと②地域サービスのネットワークの二つがあります。

- ・ 病院のネットワークはケアマネジメントチームの他、退院後利用するリハビリサービスのスタッフなども含まれます。本人の地域ネットワークがすでに存在する場合には、病院内のネットワークと地域ネットワークが協働出来るよう情報交換の方法などを工夫する必要があります。退院後この二つのネットワークがつながり続け、医療と生活支援が解離しないように努力することが重要です。

Ⅲ.急性期ケアマネジメントに必須である構造と機能

1) 多職種チームアプローチ

精神障害者の支援は医療的支援と生活支援が一貫して行われることが好ましく、病棟でも医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士などなるべく多くの職種がチームを編成しケアマネジメントを行うことが効果的です。チームスタッフは頻回に情報を交換し常に最新の情報を共有すること、ケアの方向性が一致していることを確認しつつ本人と関わることを心がけます。ケアの責任はチーム全体で担い、ケアマネジャーだけが責任を負うスタイルは避けます。

2) 病棟プライマリーケアマネジャー

病棟では本人との接触の機会が一番多く、関係性を構築しやすい看護職がケアマネジャーとして関わるのが望ましいですが、本人のニーズや病棟事情によりその他のコメディカルスタッフが役割を担うことも可能です。プライマリーケアマネジャーは利用者の退院後、地域ケアマネジャーと緊密に連絡を取る必要があります。

3) 調整会議

調整会議では、病棟の中核となるスタッフ（医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等）が毎月1回以上ケース検討を行います。対象はケアマネジメントが必要とスクリーニングされて2カ月経過してもケア計画作成に至らないケースで、この会議で何がケア計画作成の障害になっているのかをアセスメントし、担当チームにフィードバックを行います。また、ケアマネジメント必要なしとスクリーニングされたケースで1カ月以上退院の目処がたたないケースは、調整会議でケアマネジメントの必要性の検討を行います。

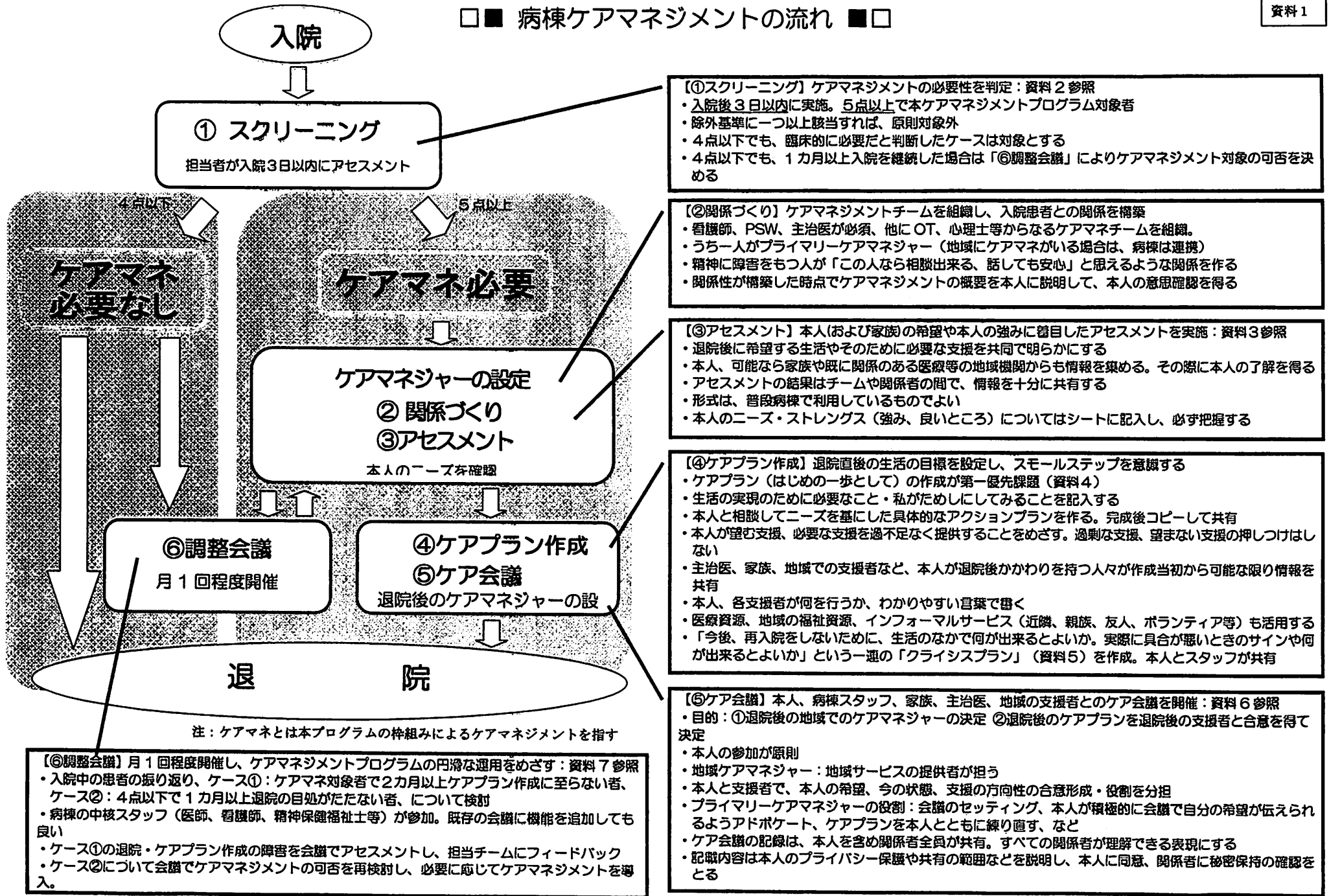
4) 人材育成とケアマネジメント技術の向上

ケアマネジメントについて、病棟スタッフが理解し、実際にそのプロセスを遂行できるように研修会を設定することはとても重要です。具体的なケースを提示し、病棟スタッフで検討したりスーパービジョンを受けるなどのケース検討がケアマネジメント技術の向上には効果的です。

5) ケアマネジメント実施状況のモニタリング

ケアマネジメントの実施状況について、入院者数、スクリーニング実施者数、ケアマネ提供者数、平均入院日数等、毎月モニタリングシート（資料8）に記入する。

□■ 病棟ケアマネジメントの流れ ■□



【①スクリーニング】ケアマネジメントの必要性を判定：資料2参照
 ・入院後3日以内に実施。5点以上で本ケアマネジメントプログラム対象者
 ・除外基準に一つ以上該当すれば、原則対象外
 ・4点以下でも、臨床的に必要だと判断したケースは対象とする
 ・4点以下でも、1カ月以上入院を継続した場合は「⑥調整会議」によりケアマネジメント対象の可否を決める

【②関係づくり】ケアマネジメントチームを組織し、入院患者との関係を構築
 ・看護師、PSW、主治医が必須、他にOT、心理士等からなるケアマネチームを組織。
 ・うち一人がプライマリーケアマネジャー（地域にケアマネがいる場合は、病棟は連携）
 ・精神に障害をもつ人が「この人なら相談出来る、話しても安心」と思えるような関係を作る
 ・関係性が構築した時点でケアマネジメントの概要を本人に説明して、本人の意思確認を得る

【③アセスメント】本人（および家族）の希望や本人の強みに着目したアセスメントを実施：資料3参照
 ・退院後に希望する生活やそのために必要な支援を共同で明らかにする
 ・本人、可能なら家族や既に関係のある医療等の地域機関からも情報を集める。その際に本人の了解を得る
 ・アセスメントの結果はチームや関係者の間で、情報を十分に共有する
 ・形式は、普段病棟で利用しているものでよい
 ・本人のニーズ・ストレングス（強み、良いところ）についてはシートに記入し、必ず把握する

【④ケアプラン作成】退院直後の生活の目標を設定し、スモールステップを意識する
 ・ケアプラン（はじめの一歩として）の作成が第一優先課題（資料4）
 ・生活の実現のために必要なこと・私がためにしてみようことを記入する
 ・本人と相談してニーズを基にした具体的なアクションプランを作る。完成後コピーして共有
 ・本人が望む支援、必要な支援を過不足なく提供することをめざす。過剰な支援、望まない支援の押しつけはしない
 ・主治医、家族、地域での支援者など、本人が退院後かかわりを持つ人々が作成当初から可能な限り情報を共有
 ・本人、各支援者が何を行うか、わかりやすい言葉で書く
 ・医療資源、地域の福祉資源、インフォーマルサービス（近隣、親族、友人、ボランティア等）も活用する
 ・「今後、再入院をしないために、生活のなかで何が出来るか。実際に具合が悪いときのサインや何が出来るか」という一連の「クライシスプラン」（資料5）を作成。本人とスタッフが共有

【⑤ケア会議】本人、病棟スタッフ、家族、主治医、地域の支援者とのケア会議を開催：資料6参照
 ・目的：①退院後の地域でのケアマネジャーの決定 ②退院後のケアプランを退院後の支援者と合意を得て決定
 ・本人の参加が原則
 ・地域ケアマネジャー：地域サービスの提供者が担う
 ・本人と支援者で、本人の希望、今の状態、支援の方向性の合意形成・役割を分担
 ・プライマリーケアマネジャーの役割：会議のセッティング、本人が積極的に会議で自分の希望が伝えられるようアドボケート、ケアプランを本人とともに練り直す、など
 ・ケア会議の記録は、本人を含め関係者全員が共有。すべての関係者が理解できる表現にする
 ・記載内容は本人のプライバシー保護や共有の範囲などを説明し、本人に同意、関係者に秘密保持の確認をとる

【⑥調整会議】月1回程度開催し、ケアマネジメントプログラムの円滑な運用をめざす：資料7参照
 ・入院中の患者の振り返り、ケース①：ケアマネ対象者で2カ月以上ケアプラン作成に至らない者、ケース②：4点以下で1カ月以上退院の目処がたたない者、について検討
 ・病棟の中核スタッフ（医師、看護師、精神保健福祉士等）が参加。既存の会議に機能を追加しても良い
 ・ケース①の退院・ケアプラン作成の障害を会議でアセスメントし、担当チームにフィードバック
 ・ケース②について会議でケアマネジメントの可否を再検討し、必要に応じてケアマネジメントを導入。

入院時スクリーニング評価表 記入日: _____年__月__日 記入者: _____ ID: _____

【1】対象者の基本属性

対象者氏名: _____

1. 西暦: _____年__月__日生(年齢__歳)	2. 性別: [①男性 ②女性]
3. 診断名(ICD-10): _____	4. 入院日: _____年__月__日
5. 過去2年間の入院回数: _____回	6. 婚姻歴: [①未婚 ②離婚 ③結婚継続 ④死別]
7. 家族: [①無 ②有]	8. 家族同居の有無: [①無 ②有]
9. 生保受給の有無: [①無 ②有]	10. 入院直前の就業有無: [①無 ②有 ③不明]
11. 居住地・退院先: _____市町村	
12. 地域にケアマネジャーがいる場合 所属: _____氏名: _____	
13. 過去3カ月の社会資源利用状況(1カ月に1回以上の利用があるもの。複数回答)	
1) デイケア、デイナイトケア	6) 相談支援事業などの相談機関
2) 訪問看護	7) 就労支援
3) ホームヘルプサービス	8) グループホームなど共同住居の利用
4) 作業所など日中の活動の場	9) ショートステイなど短期入所施設の利用
5) 地域生活支援センターなど集う場	10) その他(_____)

【2】ケアマネジメント除外基準 一つでもはいいの場合、ケアマネジメントの対象としない

項目	はい	いいえ
年齢が65歳以上である	1	0
診断が薬物・アルコール依存あるいは認知症のみである。	1	0
鑑定入院・医療観察法による入院である	1	0
一週間以内の転棟・転院の予定が決まっている	1	0
キャッチメントエリアの外に退院の予定である	1	0

【3】ケアマネジメントスクリーニング(どちらかに必ず○) どうしてもわからない場合ははいに○

項目	内容	はい	いいえ
治療の困難性	今回の入院も含め、過去2年間で、3回以上入院している	2	0
	定期的な服薬ができていなかった(初発の場合も含む)	1	0
	本人が外来受診しない(初発の場合も含む)	1	0
	重複診断がある(主診断+知的障害・アルコール/薬物)	1	0
	近隣でのトラブルがある。警察介入あるいは保健所介入がある	1	0
	措置入院である	2	0
経済的な問題	経済的理由で、日用品の準備ができない	2	0
	本人・家族から入院費の相談がある。または入院生活に必要な財源がない。	1	0
家族・支援者状況	入院当初で、帰る場所が見当たらない(ホームレスや、迷惑行為があり追い出された、等)	3	0
	入院時に、家族または支援者が同行しなかった(警察・保健所のみが同行した場合ははいに○)	1	0
	家族が退院を望まない、または治療に非協力的である(家族がいない場合はいいえに○)	2	0
合計得点		_____点	

※5点以上でケアマネジメント導入。入院後1カ月経っても退院の目処が立たない場合も導入を検討する

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成者 _____ (職種 _____)

氏名		ID	
----	--	----	--

【 ニーズ 】 できるかぎり本人の言葉で書くこと

本人	退院後 こんなことが出来たらいい	(例：散歩など)
	退院後を考えたときに困っていること	(例：一人で出ると息苦しくなるなど)
	退院後の支援者にやって欲しいこと	
家族	退院後こうなって欲しい	
	困っていること	
	やって欲しいこと	

【 ストレngthス 】 できるかぎり本人の言葉で書くこと

本人の ストレngthス	(例：性格、能力、趣味、好きなことなど)
家族・環境の ストレngthス	(例：家族が外来に同伴してくれるなど)

平成 年 月 日

あなたの名前 _____ 協力者 _____

退院後 実現したい生活は？	退院後の主な私の相談相手 <名 前> <連絡先>
---------------	--------------------------------

記入日	生活の実現のために必要なこと	私がつめしにしてみることに	支援者がやること	家族から欲しい応援
/				
/				
/				
/				

あなたの手元に置いて、協力者と一緒に記入をしてください。あなたの大事な資料です。あなたの退院直後の生活について協力者と考えてみましょう。ケア会議（あなたとあなたを支援するスタッフたちとの話し合い）で決まったことも書き加えましょう。

クライシスプラン

の時に (あなたの言葉で)

資料 5

平成 年 月 日

あなたの名前

協力者

私の調子が悪くなる前は
(サインは)

サインかなと思ったら (@_@) (複数ある場合は枠を作りましょう) 完成したら目につくところに貼りましょう

私のすること

周りの人にして欲しいこと

できれば避けたいこと

緊急時には

さんへ連絡・・・電話番号

○● ケア会議 記録用紙 ●○

本人氏名	
------	--

日時 平成 年 月 日
場所 _____

<病棟でのケアマネージャー>

<職種>

<退院後のケアマネージャー>

<職種>

参加者	職種・所属	氏名	職種・所属	氏名
	本人			

今日の話し合いのテーマ

話し合いの内容

決まったこと

退院後のケアマネージャー：

次の会議の予定

調整会議用資料

ID	氏名	年齢	性別	診断	入院日	CM除外基準					治療の困難性					経済的問題			家族・支援者			住所	総点	担当Dr	担当Ns	担当PSW	コメント	退院済み はい	退院日	更新日時				
						1	2	3	4	5	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11													
						95以上 はい	薬物 アル依 はい	認知 機能法 はい	1w内 転送予 はい	エリア 外 はい	複数回入院 はい	回数 はい	定期服 薬 はい	外来受 診不可 はい	重複 診断 はい	近隣 トラブル はい	介護 入居 はい	日用品 買集 はい	入院費 負担 はい	保老補 所なし はい	入院時 同行な り はい										家族 的 負担 はい			
2222222	なまえ	71	女性	器質性精神病	2010/1/1	○	×	×	×	○	×	0	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	船橋市〇〇〇	2	なまえ	なまえ	なまえ		○	2010/2/1	2010/7/20
3333333	なまえ	30	男性	統合失調症	2010/1/2	×	×	×	×	×	○	3	×	×	×	○	×	×	×	×	○	○	松戸市〇〇〇	6	なまえ	なまえ	なまえ				2010/7/20			

急性期ケアマネモニタリング表(2010年)(暫定版:数字はダミー)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
入院者数	32	30	35	34	28	38	28	30				
スクリーニング数	30	29	35	34	28	38	27	30				
うちカットオフ以上の	4	3	4	3	2	4	3	2				
うちケアマネモデル	2	3	2	1	1	3	1	1				
調整会議実施回数	0	1	1	1	1	1	1	1				
調整会議にてケアマネ	2	0	3	2	2	4	1	0				
ケア会議開催のべ数	15	16	12	18	20	19	15	20				
退院・転棟者数	31	34	28	38	28	30	32	26				
うち転棟数	5	4	8	3	2	3	4	2				
うち転院数	2	3	1	2	0	1	0	1				
うち地域への退院数	21	24	19	32	26	25	28	23				
うち3カ月以内の退	21	23	19	30	26	24	28	23				

入院者数: 該当月に病棟に入院してきた患者数。他病棟・病院からの転棟者も数に含める。

スクリーニング数: 入院者数のうち、スクリーニングを実施した者の数。

うちカットオフ以上の人数: スクリーニング数のうち、6点以上のカットオフだった者の数。

うちケアマネモデル導入者数: カットオフ以上の人数のうち、実際にケアマネモデルを導入した者の数。ケアマネチームを設置し、エンゲージメントおよびアセスメントを開始した時点でモデル導入とする。

調整会議実施回数: 該当月に、調整会議を開催した回数。最低1回は開催し、ケアマネジメントを推進することがのぞましい。

調整会議にてケアマネモデル導入者数: 該当月に、ケアマネ会議等の議論を経て、ケアマネを導入した者の数。カットオフ以上でケアマネ導入となった者は含まない。

ケア会議開催のべ数: 該当月にケア会議を開催したのべ回数。ケア会議とは、本人と病棟ケアマネジャーおよび第三者が参加していることを条件とする。

退院・転棟者数: 該当月に病棟から退院、院内他病棟へ転棟、あるいは、他院へ転院した患者数。

うち転棟数: 退院・転棟者数のうち、院内他病棟へ転倒した患者数。

うち転院数: 退院・転棟者数のうち、他院へ転倒した患者数。

うち地域への退院数: 退院・転棟者数のうち、地域(自宅・社会復帰施設等)へと退院した患者数。

うち3カ月以内の退院数: 地域への退院数のうち、3カ月以内に退院した患者数。