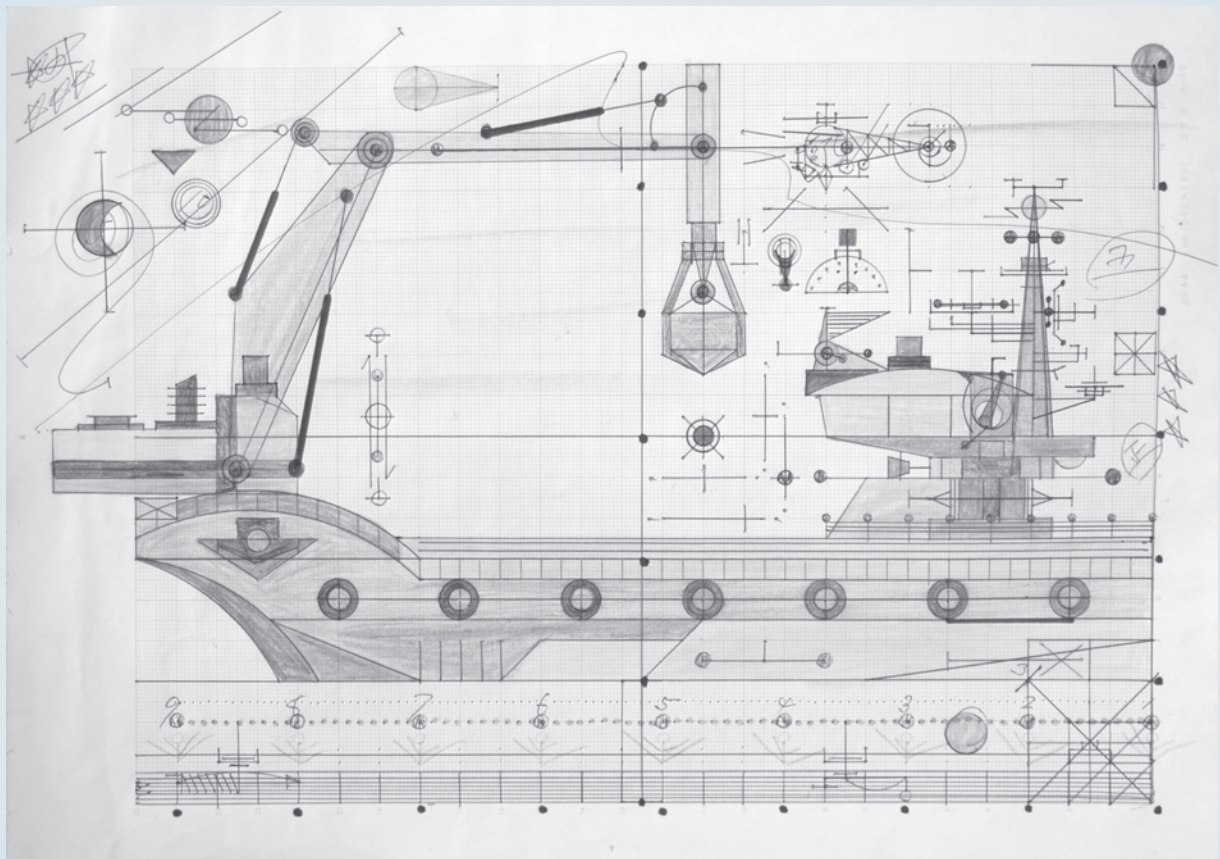


平成 19 年度障害者保健福祉推進事業  
障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書

# 精神障害者の退院と地域生活定着に向けた 医療福祉包括型ケアマネジメントの あり方の検討



主任研究員 末安 民生  
社団法人日本精神科看護技術協会

# はじめに

(社)日本精神科看護技術協会は平成16年度より厚生労働省の委託を受けて、看護師による精神障がい者の退院支援とこれに必要な調整能力の向上に関するテキスト作成と研修会の開催を行ってきた。研修会には毎年、全国から看護師が集まり、平成19年度までに約750名がこれらの受講を修了している。平成19年度からはこのような関心の高まりと経験の蓄積を活かしながら、協会として退院調整領域の精神科認定看護師の養成も開始した。

また平成19年度は、国が掲げた社会的入院の解消という精神保健医療福祉の目標を受けて、精神科看護師による退院支援の取り組みの有効性を医療福祉包括型ケアマネジメントモデルを通して検証する事業に取り組むこととした。このモデル事業の成果としては、看護師が支援担当者となって患者の退院調整を行うことで、病院全体の退院支援の取り組みを促進する体制をいくつかの方向性で検討し、構築することができた。そして、これらの結果は全国3か所で開催したセミナーで報告した。セミナーで300名余りの受講者とともに意見交換する中で、臨床での活用を広げる方向性をさらに検討することができた。

さらに、精神科における退院支援の取り組みの実態を明らかにすることを目的にアンケート調査を行った。その結果は、全国の精神科を標榜する病院で行われている退院支援に対する取り組みの実態とともに、この実践が退院促進に関して一定程度の効果が得られていることと、病院での取り組みの課題や活動に際してのジレンマが明らかになった。これらの事業から抽出された有効な地域生活移行支援に関する提案を行った。

入院患者を退院に導くのは精神科医療、看護として当然のゴールであるという考え方もあるが、実際には精神科医療の歴史的背景や精神疾患の慢性化によって多くの困難を伴っている。しかし、今後ますます、精神科医療における急性期治療が促進されると、一定程度の入院期間を要することになる患者に対しては集中的なりハビリ活動の一環として、また、病院機能の1つとして退院支援体制の充実と積極的な退院調整の取り組みが求められる。まだまだ十分とはいえない住宅の確保や地域生活支援などに関する行政との調整や、チーム医療の実施などのための人員確保等の難しい課題はあるが、すでに全国各地の病院で取り組みは始められている。今後、これからの実践的退院支援の展開のための支援ツールとして、本研究事業の成果が活用され、精神科医療及び看護の実績としての評価が高まることを期待したい。

なお、本報告書の中で「退院支援」と「地域生活移行支援」という2つの言葉を使用している。これまで、入院患者に対して退院に向けた計画や支援を「退院調整」や「退院支援」と呼ぶことが多かったが、厚生労働省の事業等では「地域移行支援」という言葉が使われるようになった。本事業においては、単に退院までの支援に限定せず、地域生活への移行と定着までの継続した支援として、「地域生活移行支援」という言葉を用いている。但し、実態調査等の中では臨床で一般的に使用されている「退院調整」と「退院支援」という言葉を文脈によって分けて用いている。

平成20年3月31日

主任研究員 末安 民生

社団法人日本精神科看護技術協会

精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討

ケアマネジメントモデル事業 委員一覧

---

○末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部	下原 千夏	医療法人せのがわ瀬野川病院
萩原 喜茂	国際医療福祉大学保健医療学部作業療法学科	島内 美月	社団法人八幡浜医師会立双岩病院
牧 聡	医療法人牧和会牧病院	青木 典子	特別医療法人居仁会総合心療センターひなが
村田 志保	JA 長野厚生連安曇総合病院	吉川 隆博	岡山県立大学保健福祉学部看護学科

モデル事業・調査事業委員 委員一覧

---

吉川 隆博	岡山県立大学保健福祉学部看護学科	渡辺 とよみ	社団法人八幡浜医師会立双岩病院
青木 典子	特別医療法人居仁会総合心療センターひなが	島内 美月	社団法人八幡浜医師会立双岩病院
渡辺 純一	財団法人井之頭病院	南方 英夫	JA 長野厚生連安曇総合病院
高田 久美	南部町国民健康保険西伯病院		

モデル事業協力事業所 一覧

---

島津 妙子	メンタルケアセンターあずみ	高田 久美	南部町国民健康保険西伯病院
南方 英夫	JA 長野厚生連安曇総合病院	渡辺 とよみ	社団法人八幡浜医師会立双岩病院
榎原 久男	医療法人同仁会あさひクリニック	島内 美月	社団法人八幡浜医師会立双岩病院
金山 千夜子	医療法人同仁会海星病院	牧 聡	医療法人牧和会牧病院
片山 郁子	南部町国民健康保険西伯病院	佐々木 香月	医療法人牧和会牧病院

事務局

---

仲野 栄	社団法人日本精神科看護技術協会	柿島 有子	社団法人日本精神科看護技術協会
------	-----------------	-------	-----------------

# 目次

## Part I 研究報告

第1章 事業概要	2
第2章 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業	4
1. 目的	4
2. モデル事業の構築	4
3. モデル事業の実際	6
4. モデル事業の結果と分析	9
第3章 地域定着に必要とされる医療サービスに関する調査	23
1. アンケート調査	23
2. ヒアリング調査	29
第4章 今後の医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方について	33
1. 退院支援体制の現状	33
2. モデル事業の試みと成果	33
3. 病院内での支援担当者の配置	34
4. 退院支援の推進力	35

## Part II 事例集

### <退院支援体制 独立型>

事例1 ケア会議による調整で長期入院を回避した初発のA氏	38
事例2 ケア会議で本人と家族の意向を確認調整したB氏	42
事例3 あせらず、ゆっくり、幻聴との付き合い方を考えたC氏	46
事例4 病識がなく、服薬中断を繰り返したD氏	50
事例5 高齢で身体的な障害ももちながら、自宅へと退院したE氏	54

### <退院支援体制 統括型>

事例6 家族の拒否によってグループホームへ退院したF氏	58
事例7 知的障害をもち、グループホームに退院したG氏	62
事例8 家族の受け入れ拒否によってグループホームへの退院を決めたH氏	66
事例9 連携をした支援体制により退院生活を支えられているI氏	70

### <退院支援体制 チーム型>

事例10 定期的な支援者間の会議で退院後の生活を支えたJ氏	74
事例11 情報共有による退院調整を行った長期入院のK氏	78

## Part III 資料編

資料1 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業	82
医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業運用マニュアル	82
別紙1 同意説明文書	85
別紙2 同意書	89
様式1 地域生活移行支援申請書	90
様式2 暮らし方調査票（患者希望調査票）	92
様式3 地域生活移行支援計画	94
様式4 地域生活移行支援活動記録	96
ケア会議 会議録	98
ケース報告書	99
支援担当者活動報告	100
資料2 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業分析データ	101
1. 退院困難な理由が患者側にある場合の支援について	101
2. 退院困難な理由が家族側にある場合の支援について	114
3. 退院困難な理由が患者・家族以外の要因にある場合の支援について	122
資料3 退院支援活動に関する実態調査事業アンケート調査報告書	128
1. 調査対象の概要	128
2. 退院支援体制の実施状況	130
3. 退院支援体制の内容	134
4. 精神科病棟への退院支援担当者の配置状況	143
5. 精神科病棟の退院支援担当者の内容	144
6. その他の退院支援に関する取り組み状況	147
7. 退院支援体制実施による効果	148
8. 入院患者の退院に向けて実施している活動	150
9. 実施している退院前後の精神科治療プログラム	168
10. 院外関係者等を交えた退院支援に関するケア会議	168
11. 自由意見	174
退院支援活動に関するアンケート	179

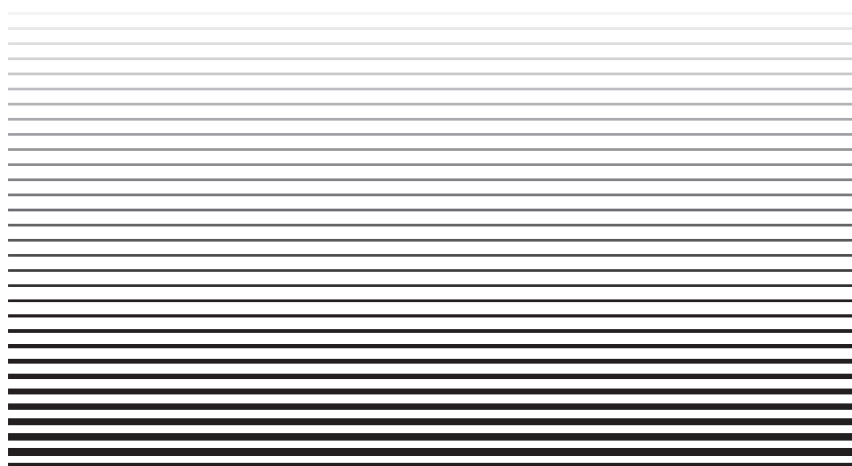
### 「障がい者」の表記について

「害」の字については、大辞林によると「ものごとのさまたげとなるような悪いこと」「悪い結果や影響を及ぼす物事」と説明されており、「障害者」は「悪いひと」というイメージを連想させる。日本精神科看護技術協会（日精看）では会員からの意見をもとにして、平成16年度第2回理事会（平成16年6月26日）にてこの問題の検討を行った。しかし、現在は「害」に代わる用語も見当たらないことから、適切な表現が提唱されるまでは、以下のように表記することとした。

- ①「障害」という言葉を「ひと」に関連して使用する場合は「障がい」と表記する（例「障害者」→「障がい者」／「障害当事者」→「障がい当事者」など）。
- ②法律・行政用語、固有名詞、引用文はそのまま表記する（例：「障害者自立支援法」など）。

# Part I

## 研究報告



# 第1章 事業概要

平成14年12月19日に、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が出された。その中で、①人口あたりの精神病床が諸外国に比べて多いこと、②最近入院した者については短期間の入院医療が定着しつつある一方、長期入院の者が減らず、またいわゆる社会的入院者が減らないこと、③精神病床の機能分化がまだまだ成熟しておらず、効率的で質の高い医療の実施が困難であること、④入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと、⑤精神疾患や精神障がい者に対する国民の正しい理解が十分とはいえないこと等の日本の精神保健医療福祉の現状と問題点が指摘された。

それを受けて発足された精神保健福祉対策本部は、平成15年5月15日に「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を中間報告としてだし、その中で「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策の推進の必要性を強調し、それぞれの課題に対応する検討会の開催を以下の通りに指示した。

- 普及啓発に関しては、普及啓発指針検討会（仮称）において指針策定
- 病床の機能分化及び病床数の見直し等精神医療の改革については、精神病床等検討会（仮称）において検討
- 地域ケアの充実、社会復帰施設の体系的整備、グループホーム等の充実、地域生活支援センターの機能等に関しては、在宅福祉・地域ケア体制等検討会（仮称）において検討

それによって、心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会は平成16年3月に、精神病床等に関する検討会と精神障害者の地域生活支援のあり方に関する検討会は平成16年8月に最終報告書を提出した。

それらを基に、平成16年9月には精神保健福祉対策本部から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がだされ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進と社会的入院解消に向けて、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を10年間で進めるという基本方針が示された。

そして、平成16年10月に「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」がだされた。これは、日本の障害保健福祉に関する施策の試案として示されたもので、身体・知的・精神障害に関する地域基盤や体制整備や制度について、これを基に関係審議会での検討や関係機関の調整を行うものである。そして、この案の位置づけを示す部分には、精神障害固有の問題については精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づいて改革を進める旨の記載があった。この中には、今後の障害保健医療福祉施策の基本的な視点として、①障害保健福祉施策の総合化、②自立支援型システムへの転換、③制度の持続可能性の確保があげられている。

これが後に、障害者自立支援法（以下、自立支援法）として提案され、平成17年10月に精神保健福祉法改正を含む形で成立し、平成18年4月に施行された。

自立支援法の制定によって、障害種別に関わらずサービスを利用する仕組みが一元化され、サービス提供の責任主体を市町村に一元化することで、遅れていた精神障がい者福祉の基盤整備を進める上での制度的枠組みが整ったといえる。また、精神医療については、診療報酬改定による病床の機能分化の促進や、入院患者の退院促進、地域生活を支えるための医療サービスの充実等が行われている。

しかし、自立支援法については施行前から自己負担増加等の当事者の不安や、福祉サービス再編に伴うサービス事業所の戸惑い等が多く聞かれ、多難な船出となった。そして、自立支援法のメリットが十分に活かされていない現状が続いている。この状況を受けて、障がい者の自立支援充実のための調査研究や先駆的・革新的な試行的取り組みを対象とした障害者自立支援調査研究プロジェクトが、平成18年度から開始された。

これは、障がい者の就労支援、地域移行、地域生活支援等について地域で行われているさまざまな取り組みや工夫を募集し、それを普及させることで自立支援の充実につなげることを目的とした事業である。平成19年度は予算を25億円に増額し、①支援プログラム等研究開発事業、②新体系ビジネスモデル研究事業、③地

域生活支援事業の先駆的・試行的（モデル）推進事業、④地域精神科医療等との連携を通じた地域生活支援モデル事業、⑤障害者自立支援協議会機能強化事業といったテーマを指定して募集が行われた。

そこで、当協会は指定テーマ④-1「多職種共同チームによる精神障害者の地域包括ケアマネジメントモデル事業」に応募した。このテーマで求められる事業内容は、精神障がい者のニーズ・状態像に応じ多職種共同チームを活用した地域包括ケアマネジメントシステム及び精神障がい者の地域での安定した生活を可能にする保健医療福祉の標準的な支援モデル事業を実施し、これに基づくモデル事例集を作成・発行し全国に情報提供するというものである。この事業内容に沿って、「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討」をテーマに、表1の内容の事業計画を作成した。

この事業は、私たち精神科看護師が入院患者にとって最も身近な存在であり、入院生活の中で患者の退院への意欲を引き出し、不安に寄り添いながら退院の準備を整え、退院直後の不安定な時期にもかわり支えるという継続したケアを展開できるという特性を活かしたものである。モデル事業の中では、対象患者とともに退院計画を作り上げ、ケア会議を調整開催しながら、退院へと導いていくプロセスが展開されている。また、当協会の会員施設を対象とした調査では、全国の精神科病院における退院支援に関する取り組みの実態を明らかにすることができた。

表1 事業実施計画書

事業名	精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討
事業概要	<p>近年、退院促進に積極的に取り組む精神科病院が増えてきたが、病院の役割としては患者が退院するまでを担当し、その後は地域福祉にバトンタッチするという方法が主流であった。しかし、まだまだ地域のサービスが需要に対応できていない地域や、疾患と障害を併せもつという精神障害者の特性に対して十分に即応できていない現状がみられている。精神障害者が退院の意志を持ち、地域生活に移行し定着するためには医療と福祉サービスがミックスしたサービス体制を構築しなくてはならない。</p> <p>本事業では①精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントによる支援事業②退院支援から地域生活定着まで継続する生活支援サービスの実践されているモデルに関する調査を行う。</p> <p>この実践の把握によって、今後、地域生活移行期を短縮し、再発時の医療の提供に機動力を確保し、地域生活の再開を早期に促すことが可能となる。</p>
事業内容	<p>1) 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業</p> <p>退院調整や退院支援の専属部署（専従チームや常置委員会及び担当職員）を有する医療機関を対象として、医療従事者と精神障害者、さらに退院後に生活する地域の福祉従事者の参加によるサービス利用計画の作成と評価を行う。精神障害者のニーズに基づいて、病院の各セクションを横断した協議と多職種チームが当事者と共同した計画の作成を行う。地域生活が軌道にのるまでの期間に、障害福祉サービスの利用に併せて、医療チームによる日常生活及び社会生活のサポートや相談等の直接サービスを多様に展開し、それぞれの実践モデルの効果的な点を明らかにする。医療チームによる直接サービスは、医療機関内における退院支援及び地域生活移行支援の時点から、地域生活定着まで伴走する形で継続的な提供を行い、精神障害者が地域で直面する課題について、生活の場で起こりうる問題に合わせて支援し、地域生活の定着と自立を促進する。</p> <p>(1) 事業は、チーム構成・地域性等を考慮し、下記の5か所で実施する。</p> <p>① J A 長野厚生連安曇総合病院（長野県）②医療法人同仁会海星病院（島根県）③社団法人八幡浜医師会立双岩病院（愛媛県）④南部町国民健康保険西伯病院（鳥取県）⑤医療法人牧和会牧病院（福岡県）</p> <p>2) 地域生活定着に必要とされる医療サービスに関する調査</p> <p>退院及び地域生活移行を促進する支援と、地域生活の定着と自立を促進する支援について以下のような調査を行う。</p> <p>(1) アンケート調査</p> <p>障害福祉サービス事業者を対象にサービス提供の実態と精神障害者の地域生活支援を効果的に提供するために必要な医療との連携等について調査を行う。調査対象；1,000 か所程度</p> <p>(2) ヒアリング調査</p> <p>退院先の異なるケースを選定し、地域生活定着までの経過からサービスの実施状況等を分析し、必要とされる支援モデルを導き出す。</p>
事業の効果及び活用方法	<p>○ 地域生活移行期短縮による早期退院を促進するモデルを提案する。</p> <p>○ 生活する場のニーズに応じた支援を明らかにするとともに、医療サービスを効果的に活用し、地域生活の定着と自立を効率的に促進する。</p>



# 第2章

## 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業

### 1. 目的

医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業（以下、モデル事業）では患者の退院から地域生活への移行と定着までにおける、医療と福祉のケアミックスによるサービス体制を構築することを目的とした。そのために、①患者の退院までを病院、退院後を地域福祉というバトンタッチの移行方法ではなく、病院から地域生活への移行・定着までの期間を継続してモニタリングし、医療と福祉サービスがともに支えるという方法をとる。②病院内に地域生活移行支援部門（担当者）を設置し、対象者、家族、多職種、他部門、院外関係者など対象者の退院と地域生活を支える人を集めケア会議を開催して、地域生活移行支援計画にそって役割分担を行い対象者の地域への移行・定着を支援する。③地域生活移行支援部門は退院後も地域生活が安定するまで対象者の地域生活支援計画の遂行を管理し、計画の評価・修正を行っていくこととする。

### 2. モデル事業の構築

モデル事業の実施期間と運用手順については、以下の通りである。

#### 1) 実施期間

平成 19 年 9 月 1 日～平成 19 年 11 月 30 日の 3 か月間

#### 2) モデル事業の実施方法

##### (1) 対象者の選定

- ① 対象者は、退院後に地域サービスの利用が予想される統合失調症の患者。
- ② 本人・家族から退院の希望があるか、現時点で本人から希望はないが期間内に退院の可能性が見込まれる者で、退院先の異なるケースを 1 施設 5 事例以上選出する。
- ③ 対象者の選出は、地域生活移行支援担当者（以下、支援担当者）への本人・病棟からの申し込み、支援担当者が病棟カンファレンスなどに参加した際に得た情報などを基に受け付ける。

#### 地域生活移行支援担当者

本モデル事業では、患者の地域生活移行に関する取り組みにおいて、病院内で専属部署に所属するか、本来業務と兼務にて病院内を横断的にサポートができる者とした（以後、支援担当者と称す）。

#### －モデル事業における役割－

- ① 対象者の選定を行う。
- ② 他職種や地域関係者と連携し、ケア会議をコーディネートする。
- ③ 地域生活移行支援計画の内容や遂行状況を管理する。
- ④ 必要に応じて、訪問活動等の直接サービスを提供する。

##### (2) 申請書の提出

対象者の受持ち看護師は、患者希望及び申請者の意向等を確認して申請書に記載し、支援担当者に提出する（様式 1 資料 p90）。

##### (3) 患者希望調査（暮らし方調査）

支援担当者は、対象者及び受持ち看護師と面談し、住居・1日の過ごし方・医療の継続や福祉サービ

スの利用など、地域生活の具体的なイメージや希望を引き出し、調査票に記載する（様式2 資料p92）。

#### (4) ケア会議の招集・準備・開催

##### ケア会議の招集

- ① 支援担当者は、患者希望調査票（暮らし方調査票）を参考にしてケア会議の参加者を選定し、開催に向けて調整を行う。
- ② ケア会議の参加者はケースごとに異なり、対象者、家族、院内外の対象者を支援する専門職・非専門職など対象者の地域生活の支援に欠かせないメンバーが必要に応じて参加する。支援担当者1名は必ず参加する。
- ③ ケア会議は、計画作成時は関係者全員が集まることが望ましいが、それ以外の調整や準備のための会議に関しては、必要に応じたメンバーで適宜開催してもよい。
- ④ ケア会議の頻度や開催時期は、限定しない。

##### ケア会議の事前準備

地域生活移行支援計画（様式3 資料p94）の支援が必要なことについては、支移担当者及び受持ち看護師が、対象者に面談して記載する。ただし、ケア会議に対象者が参加する場合には、ケア会議の場でも記載することができる。

##### ケア会議で行うこと

- ① 対象者が必要とする支援に関して役割分担を行い、それぞれの担当者を明記する（様式3）。
- ② 退院目標時期を設定し、それぞれの支援内容と実施時期を検討し合意を得る。その結果を地域生活移行支援活動記録に記載する（様式4 資料p96）。
- ③ 計画遂行にともなう調整を誰が行うかを決定し、今後のケア会議の予定や評価の時期、情報共有の方法などを確認する。

##### ケア会議

参加者はケースにより異なるものの、対象者、家族、院内外の対象者を支援する専門職・非専門職など、対象者の地域生活の支援に欠かせないメンバーが必要に応じて参加する会議とし、支援担当者1名は必ず参加することとした。

#### (5) 地域生活支援計画の実施・評価・プランの修正

- ① 受持ち看護師を中心に、地域生活支援計画を実施する。支援担当者は、受持ち看護師と連絡をとりながら、計画の遂行をモニタリングする。
- ② 退院が近づいてきた時期と、退院直後の時期、退院後3か月をめぐり、計画の評価・修正を行う。

##### 退院が近づいてきた時期

受持ち看護師を通じて、地域生活で困りそうなことを患者にあげてもらい、その対策を考える（様式3に日付を追加して記載）。

##### 退院後1週間の時期

退院後1週間の時期に患者に困っていることを確認し、評価する。この評価は、支援担当者が受持ち看護師に依頼して行う（担当者自身が行ってもよい）。

この段階で、評価者は退院前の予想との違いや退院後に発生した困りごとなどを明確にし、地域生活の移行・定着がスムーズに行えるよう支援担当者と相談して、具体的な対策をたてる。

##### 退院後3か月評価

地域生活へのスムーズな移行及び定着について、退院後3か月で評価を行う。以後は1か月毎に行い、最長でも6か月とする。この評価は、退院後1週間の評価をした人が継続して行うことが望ましい。

### 3. モデル事業の実際

#### 1) 協力事業所の概要

モデル事業の目的から退院調整や地域生活支援など、退院支援体制に係る専属部署や専従チーム及び担当職員を有する医療機関で、さらに地域生活移行支援の実績を有する施設について、医療機関の特性や地域性等を考慮し全国から5か所の施設を選定し協力を依頼した(表1)。

表1 協力事業所の概要

開設年	A 病院	B 病院
	昭和 25 年	昭和 43 年
主な診療科目	内科、神経外科、呼吸器科、循環器科、精神科、心療内科、小児科、外科、形成外科、呼吸器外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、歯科口腔外科	精神科、神経科、内科
病床数	312 床 (精神 90 床、一般 176 床、療養 46 床)	166 床
精神科病床数	90 床	166 床
看護体制	15 対 1	15 対 1
平均在院日数	76 日	約 280 日
併設施設	診療所、メンタルケアセンター、介護老人保健施設、精神障害者生活訓練施設、デイケア、訪問看護ステーション、老人性認知症センター、居宅介護支援事業所	クリニック、介護老人保健施設、デイケア、訪問看護ステーション
精神科医療の特徴	精神科医療では、認知症、アルコール依存症、思春期精神病等への取り組み、デイケア、訪問看護、生活支援相談室等を一つのスペースに集めたメンタルケアセンターなどがある。	地域のスタッフと当事者が院内を訪問し、入院患者へ退院を働きかける取り組みを行っている。
退院支援の体制	院外のメンタルケアセンターが専門部署として機能している。	専門部署はないが、本人や家族、関係者が参加する会議を適宜開催している。
退院調整看護師の配置	有 (1 名)	有 (3 名)
地域の概要	当該圏域 (人口 66,700 人) は県内の他圏域と比較すると精神科社会資源が少ない地域である。既存のものは障害者総合支援センター 1、グループホーム (知的 7、精神 1)、精神科デイケア 1、小規模授産施設 1、障害者共同作業所 5、となっており、社会復帰資源は乏しいと言える。	保健所管内約 17 万人の人口。精神科単科病院 2 箇所、総合病院の精神科病棟 2 箇所。合計ベッド数 488 床。当県は 40 数年前から、官民一体の精神科医懇話会が盛んに行われていた。同時に行政主体の協議会などの連携もこのころから始まり現在に至っている。
地域との連携	障害者総合支援センターに、プロポーザルで出向している者が 2 名 (精神科コーディネーター、生活支援ワーカー) おり、病院との連絡調整は密にできており、他の資源や行政との調整も比較的スムーズに図れている。	保健所・市役所・地域活動支援センター・グループホーム・生活サポーター・社会復帰施設・成年後見センター・不動産屋・ヘルパー・ケアマネジャー・学校・警察・消防署などと連携。

C 病院	D 病院	E 病院
昭和 38 年	昭和 26 年	昭和 38 年
精神科、神経科、内科、歯科	内科、神経科、小児科、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科、整形外科、麻酔科、精神科	精神科、神経科、外科
321 床	198 床 (精神 99 床、一般 42 床、療養 57 床)	178 床
321 床	99 床	178 床
精神科急性期病棟 13 対 1 精神科療養病棟 30 対 1	精神一般 15 対 1 精神療養 15 対 1	15 対 1
291 日	225 日	403 日
クリニック、精神障害者福祉ホーム B、精神障害者グループホーム、住居併設型生活支援施設、精神障害者小規模作業所、精神障害者地域活動支援センター I 型、精神科デイケア、訪問看護ステーション	重度認知症デイケア、精神科デイケア、訪問看護ステーション、通所リハビリテーション	精神科デイケア
チーム医療を軸に早期退院と長期在院者の社会復帰に取り組み、地域第一線の精神科病院として活動してきた。個別ケア（リハビリバスの活用）、関連部署の有機的な連携、家族への治療的アプローチ（家族教育）が主軸。	入院中の方を対象に作業療法を実施、院内にリハビリ部門がある。	病院理念「良質、納得、時代に即応した医療の提供を目指す」に沿って、院内各職種が連携をとり、多職種チームでアプローチをしている。患者様やご家族とも「よく話し合うこと」を大切にしている。
病棟のカンファレンスや多部門によるカンファレンス・院内 LAN による掲示板をベースに関連部署が連携している。	退院促進プロジェクトチームを設置している。	退院支援の専門部署を設置し、委員会やプロジェクトも開催している。
無	有（4 名）	有（1 名）
人口 10 万人弱、市街地より電車にて 30 分程度の郊外に位置する。当院のある地域は高齢化率が高く、特に持ち家中心。近所には大型スーパーがある。地域活動支援センター I 型は市から委託を受けており、福祉ホーム B が併設されている。	市街地に近い人口約 12,000 人の農村部にあり、地域の医療の中心を担っている。精神についてはグループホームや生活訓練施設等もっていない。近隣に知的・身体の入所施設、通所施設がある。	人口 4 万 1 千人の港町にあり、近隣に精神障がい者が利用できる地域活動支援センター、作業所、福祉工場、生活訓練施設、福祉ホーム、グループホームなどがまとまった位置に存在している。交通は不便で、バスなどの路線は廃止され、利用できる公共交通機関は JR のみ（1 時間半に 1 本程度）。過疎化も進んでいる。
主に同医療法人内の併設施設	保健師、福祉担当者などの行政機関、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、訪問介護事業所（ヘルパー）、作業所、就労移行支援事業、地域活動支援事業所、社協などと連携。	当院の圏内には 3 つの市と 1 つの町がある。各地域に家族会、作業所、地域活動支援センターなど利用できる資源がある。地域支援でのキーパーソンは各市町の保健師等であり、各資源と連携をとるなどしている。グループホームなどの居住資源が少なく、課題となっている。

協力事業所には、地域との連携が円滑に行われていることや、病院併設の地域生活支援部門を効果的に活用しているという特徴があった。さらに退院支援に関する教育を受けた看護師（退院調整看護師）を積極的に活用している施設もあった。

## 2) モデル事業の経過

モデル事業の開始前にマニュアル（資料 p82）を作成し、協力事業所を対象に説明会を行った。また、研究協力への同意説明文書を作成し、モデル事業対象者に同意を得たうえで実施できるよう配慮した（資料 p85）。

- 平成 19 年 9 月 1 日：モデル事業運用開始
- 平成 19 年 10 月 20 日：中間報告会（モデル事業運用の評価・修正）
- 平成 19 年 11 月 30 日：モデル事業運用終了
- 平成 19 年 12 月 22 日：最終報告会（モデル事業の全体評価）

モデル事業期間内に各施設を 2 回ラウンドし、進行状況の把握や情報収集を行った。また、事業終了後に最終報告会までにケース報告書及び支援担当者活動報告を提出することを依頼した（資料 p99、p100）

## 3) 支援担当者の特徴

協力事業所には最低 1 名の支援担当者の選出を依頼し、モデル事業の趣旨から支援担当者の職種を看護師で統一した（表 2）。各施設から選出された支援担当者の特徴としては、精神科の臨床経験が豊富なことに加え、病院内で横断的な退院支援活動を展開できる立場である者が多かった。また、そのような退院支援活動を役割とする担当者を病院内に設置することについて、看護部長や本人が要望していたことが特徴として明らかになった。

表2 モデル事業における支援担当者の特徴

施設名称	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	
支援担当者の所属	メンタルケアセンターと精神科病棟の「統括師長」	クリニックに所属し、病棟の退院支援を行っている	デイケアや地域活動支援センターなど法人内の在宅部門で勤務	院内の地域医療室に所属	院内の退院調整部門に所属	
支援担当者の人数	1 名	1 名	2 名	1 名	1 名	
支援担当者との役職名	同院の総括師長	併設施設のクリニックの課長	精神科デイケア主任	地域活動支援センター I 型管理者	主任看護師	教育課長
支援担当者が担当した病棟数	2 病棟	3 病棟	3 病棟	1 病棟	2 病棟	3 病棟
支援担当者の看護業務経験年数	28 年	31 年	13 年	15 年	18 年	12 年
退院促進や地域連携の業務経験年数	20 年	10 年	4 年	5 年	5 年	5 年
退院調整関係の研修会の受講歴	有	無	無	有	有	有
資格の有無	障害者相談支援従事者（上級）	無	無	無	精神科認定看護師	無
配置の経緯（発案者）	本人	看護部長	院長・看護ケア部長	看護部長・院長	無	

## 4) ケア会議の特徴

ケア会議は会議の種類、参加者、開催頻度等、各施設によって特徴がみられた（表3）。

モデル事業においては、ケア会議の招集・調整は支援担当者の役割になる可能性が高くなると想定していたが、実際には受持ち看護師がその役割を担うことが多いことが明らかになった。

ケア会議の位置づけとしては、支援スタッフ中心で開催する会議と、患者が参加する会議とに分かれていて、両者を併用しながら支援を展開していることが明らかになった。また、会議の形態については、定期的で開催されるものと支援の経過に応じて開催されるものに分かれていた。

参加者の内訳として、看護師以外では医師やPSWが参加している割合が高かった。看護師では受持ち看護師が参加している施設が多かった。院外の支援者も必要に応じて参加している施設が多く、市町村職員、保健師、地域サービス職員、民生委員などが参加していた。

支援担当者の参加については、病棟を主体として受持ち看護師を中心に退院支援を展開している施設では、支援担当者の直接関与が比較的小さいという特徴があった。

表3 ケア会議の特徴

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
ケア会議の調整	受持ち看護師が行う	受持ち看護師が行う	主に支援担当者。受持ち看護師が行うこともある	支援担当者が行う	主に支援担当者。受持ち看護師が行うこともある
ケア会議の種類	・中間カンファレンス 病院内の医療スタッフが中心となって開催される ・ケア会議 地域の関係者や本人も参加する	・ケア会議 患者を支援する関係者のみが参加する ・支援会議 患者と地域スタッフも参加して開催される	・在宅カンファレンス 法人関係機関の支援者のみが参加し週1回開催される ・病棟カンファレンス 週1回開催され支援者のみ参加する ・ケア会議 少人数で開催され、本人も参加する	・カンファレンス 院内で多職種が参加する ・ケア会議 院外の関係者も参加して開催する	・ケア会議 本人も参加するが、その前にスタッフのみで、15分程の打ち合わせを行う ・ケア会議 なるべく少人数で行うようにしている
参加者の平均人数	6.8人/回	9.2人/回	3.6人/回	5.7人/回	4.8人/回
ケア会議開催場所	院内	院内・院外ともにあり	院内のみ	入院中は院内のみ	院内・院外ともにあり

## 4. モデル事業の結果と分析

## 1) 対象患者の特徴

協力事業所から対象者として選定された患者は32名で、同意が得られたのは28名であった。モデル事業では対象患者の精神疾患を統合失調症としていたが、協力事業所の取り組み状況の特性から、28名中1名のみ人格障害の患者が対象として含まれた。性別は半数程度で分かれており、平均年齢は48.6歳であった。モデル事業運用開始時点での入院期間としては、1年から3年未満の患者が最も多かったが、短い期間では3か月未満が2名、長期間では10年以上が3名含まれていた（図1～4）。

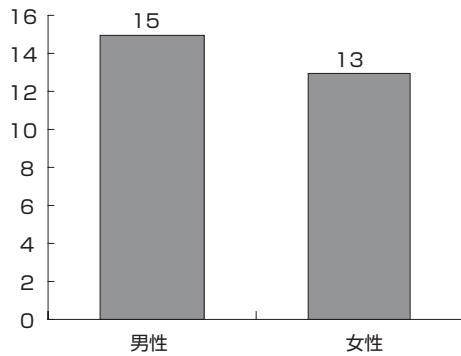


図1 性別 (単位:人)

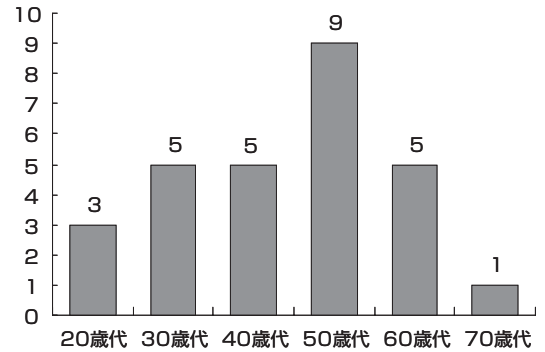


図2 年齢 (単位:人)

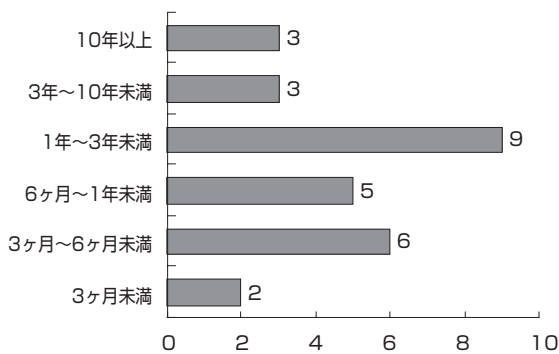


図3 事業開始時点の入院期間 (単位:人)

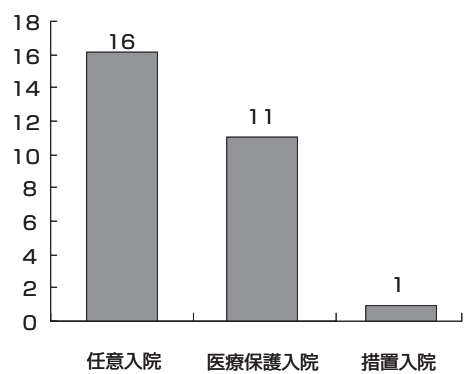


図4 入院形態 (単位:人)

2) 患者の退院状況について

モデル事業開始から最終報告会までの間に退院に至った患者は12名(43%)であり、退院先としては家族同居が最も多いという結果であった(図5、6)。

年齢をみると、退院患者が平均44歳(SD13.7)、入院継続患者が52.1歳(SD12.3)であり、入院継続患者の年齢が高いという状況であった。支援開始時点の入院期間では、退院患者については1年以上の患者が約42%に対し、入院継続患者では62.5%という状況であった。

退院困難な要因については、記録の内容から抽出した。退院患者では、退院困難な要因が「患者側」「家族側」「それ以外」に分散しているのに対し、入院継続患者の場合には患者側の要因が多いことが特徴であった。詳しい内容は表4、5の通りである。

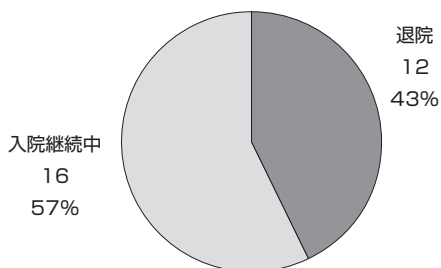


図5 事業終了時点の患者の状況 (単位:人)

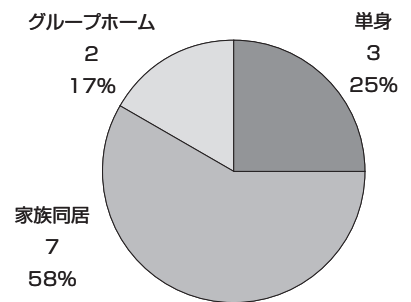


図6 退院先 (単位:人)

表4 退院患者の内訳

No	年齢	入院期間	退院先	退院困難な要因		
				患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
A-1	50	5年8か月	グループホーム			住居
B-1	49	7か月	単身	病状		
B-2	58	1年1か月	単身			単身生活支援
B-3	56	3年11か月	グループホーム		拒否	
B-4	38	1年	家族同居		自宅退院の拒否	
B-6	63	7か月	家族同居		家族の病気	
D-1	26	7週間	家族同居	病状		
D-2	60	14年	単身			単身生活支援
D-4	38	6か月	家族同居	病状		
D-8	24	9か月	家族同居	初発		
E-5	34	3か月	家族同居	病状		
C-4	32	2週間	家族同居	病状		

\*退院困難な要因は、最も大きな要因を示した。

表5 入院継続患者の内訳

No	年齢	入院期間	退院先（予定）	退院困難な要因		
				患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
A-2	57	1年2か月	検討中		家族の病気	
A-3	59	5か月	家族同居		息子のギャンブル	
A-4	55	1年11か月	単身	セルフケア		
B-5	47	3年9か月	福祉ホーム	意欲		
D-3	25	1年2か月	家族同居	病状		
D-5	60	36年1か月	自宅か施設	セルフケアケア		
D-6	76	2か月	家族同居	病状・ADL		
D-7	65	1年11か月	単身	ADL・セルフケア		
E-1	40	4か月	家族同居	病状		
E-2	51	1年3か月	家族同居		拒否	
E-3	37	1年4か月	家族同居		消極的	
E-4	53	1年	家族同居		家族の理解不足	
C-1	52	8か月	施設	病状・セルフケア		
C-2	65	5か月	単身	病状・セルフケア		
C-3	46	22年6か月	福祉ホームB型	病状・セルフケア		
C-5	45	6週間	家族同居		セルフケア	

\*退院困難な要因は、最も大きな要因を示した。

### 3) 地域生活移行支援内容の分析

対象患者に行われていたケアを明らかにすることを目的に、記録用紙（様式1～4、ケア会議会議録）およびケース報告書、支援担当者活動報告から「本人の意向」「アセスメントの内容」「ケアプランの内容」「退院支援の活動内容」を抽出し、それぞれ内容の分析を行った。記録の記載はA病院、B病院では受持ち看護師、C病院、D病院、E病院では支援担当者が中心となり行っていた。受持ち看護師が記録を行う場合、患者希望調査から計画の立案、実施を受持ち看護師が中心に展開する体制になっていた。一方、支援担当者が記録を行っている施設では、受持ち看護師と支援担当者が協働して支援を行うという体制になっていた。ここでは、記録された内容から実際に行われた支援内容についてまとめ、後に支援体制について述べる。なお、実際に行われた支援内容については事例の中で紹介する。記載された内容は多職種チームの実践によるものであり、地域生活移行支援内容の全体を把握するため看護師の活動に限らずに内容を抽出した。



## (1) 退院困難な理由と支援内容の分類

対象患者の記録用紙およびケース報告書に記載された内容をもとに、退院困難な理由を患者側の要因、家族側の要因、患者・家族以外の要因の3つに分類した。さらに、実際に行われた支援の内容を分析した結果を表6に示す。

表6 退院困難な理由と支援内容

	患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
退院困難な理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状</li> <li>・セルフケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族との関係性</li> <li>・家族の状況の変化</li> <li>・家族側の問題</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住居の確保</li> </ul>
支援内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状に関する支援</li> <li>・服薬に関する支援</li> <li>・地域生活に関する支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の関係性に関する支援</li> <li>・家族の状況の変化に関する支援</li> <li>・家族側の問題に関する支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住居に関する支援</li> <li>・生活・活動に関する支援</li> <li>・地域サービスに関する支援</li> </ul>

## (2) 退院困難な理由について

## ① 患者側の要因

病状が不安定、精神症状が重篤、現実検討力の低さなどの理由が挙げられているものを「病状」、セルフケアや活動意欲がないなどの理由が挙げられているものを「セルフケア」に関する要因と分類した(表7、8)。

表7 退院困難な理由：病状

No	退院困難な理由
B-1	症状不安定
C-1	現実検討能力の低さ
C-2	抑うつ・活動性が改善しない
C-4	対処行動が不十分(理解力も低い)
D-1	本人の病状(病識がない)
D-3	本人の病状(精神症状が重篤)
D-4	精神症状が重篤
D-6	幻覚妄想が固定化している
D-8	初発のため経過の予測が困難
E-1	本人の病状(躁状態があり不安定)
E-5	本人の病状(幻聴・被害妄想等の悪化)

表8 退院困難な理由：セルフケア

No	退院困難な理由
A-4	セルフケア不足(生活能力・ADL低下)
B-5	活動意欲がない
C-3	セルフケア不足(生活力が低い)
C-5	セルフケア不足
D-5	生活のイメージがつきにくい
D-7	筋力低下がある(腰痛あり)

## ② 家族側の要因

家族と折り合いが悪く受け入れを拒否している場合を「家族との関係性」、家族の健康問題や家族の生活のリズムの変化などにより受け入れが難しい場合を「家族の状況の変化」、家族から患者への暴力やギャンブルなどの問題がある場合を「家族側の問題」とした(表9～11)。

表9 退院困難な理由：家族との関係性

No	退院困難な理由
E-2	家族が受け入れを拒否
E-4	家族が受け入れを拒否(家族に病気への理解がない)
B-4	家族が退院に消極的
B-3	経済的に厳しい状況にあり、家族が自宅退院を拒否

表10 退院困難な理由：家族の状況の変化

No	退院困難な理由
E-3	家族が退院に消極的
A-2	家族の健康問題のため家族が受け入れを拒否
B-6	家族の健康問題のため家族が受け入れを拒否

表 11 退院困難な理由：家族側の問題

No	退院困難な理由
A-3	家族に暴力・ギャンブル等の問題あり（家族の暴力で本人の症状悪化）

## ③ 患者・家族以外の要因

患者・家族以外の要因によって退院が困難な場合として「住居の確保」が必要な場合があった（表 12）。

表 12 退院困難な理由：患者・家族以外の要因

No	退院困難な理由
A-1	住居の支援が必要
B-2	単身生活が必要
D-2	初めての独居生活

## (3) 支援内容について

## ① 患者側の要因に対する支援内容

退院困難な理由が「病状」「セルフケア」の患者側の要因にある場合に行われている支援について内容ごとにまとめたところ、「病状に関する支援」「服薬に関する支援」「地域生活に関する支援」が抽出された（表 13）。

表 13 退院困難な理由が患者側にある場合の支援内容

病状に関する支援内容	(1) 病状を安定させるための支援 病状や治療方針の確認 病状の把握 緊急時の対応についての情報共有	(2) 退院後の通院への支援	(3) 訪問看護導入への支援 保健師や訪問看護師へ情報提供 訪問を行う看護師へ病棟訪問を依頼 退院前訪問の実施	地域生活に関する支援内容	(1) 住むところに対する支援
					(1) 服薬指導への支援 服薬指導導入の提案 服薬指導への同席
服薬に関する支援内容					(4) 活動意欲に対する支援 相談活動
					(5) 金銭管理に対する支援 金銭管理指導
					(6) その他

## ② 家族側の要因に対する支援内容

退院困難な理由が「家族の関係性」「家族の状況の変化」「家族側の問題」の家族側の要因にある場合に行われている支援について内容ごとにまとめたところ、支援内容が抽出された（表 14）。

表 14 退院困難な理由が家族側にある場合の支援内容

家族の関 係性に関 する支援 内容	(1) 本人と家族の関係への働きかけ 本人と家族の意向を確認 家族との面談 家族への説明・情報提供 家族からの電話相談への対応	家族の状 況の変化 に関する 支援内容	(1) 家族と本人の意向の確認 本人の意向の確認 家族の意向の確認 退院の受け入れについての確認 家族へ面談の依頼・日程調整
	(2) 退院先の検討 退院先の選定について家族との調整		(2) 家族への支援 本人とのかかわり方の指導 家族へ説明・情報提供
	(3) 社会資源の利用への支援内容 施設の見学 作業所の見学・体験		(3) 自宅への外出・外泊支援 本人と自宅へ外出 生活状況の把握 家族へ外出・外泊の依頼
	(4) その他 自宅への外出支援 外泊に合わせた退院前訪問の実施 住居確保のための情報収集 生活に関する情報収集		(4) 社会資源の活用についての支援 施設見学の日程調整 地域の担当者への連絡 デイケアの利用
	家族の側 の問題に 関する支 援内容		(1) 問題を起こす家族への働きかけ (2) 生活に関する情報収集 (3) 地域サービス導入についての支援 (4) 金銭管理の支援

③ 患者・家族以外の要因に対する支援内容

退院困難な理由が患者・家族以外にある場合として「住居の確保」が必要な場合に行われている支援内容を抽出したところ、表に示した支援内容が抽出された（表 15）。

表 15 退院困難な理由が患者・家族以外にある場合の支援内容

住居に関 する支援 内容	(1) 退院先の検討	地域サー ビスに関 する支援 内容	(1) 地域サービスの導入・利用に関する支援
	(2) 施設の見学・体験		デイケアの導入についての支援
	(3) 入居の準備		訪問看護導入についての支援
	(4) グループホームへの訪問		権利擁護の利用についての支援 その他のサービスの利用についての支援
退院後の 生活・活 動に関す る支援内 容	(1) 生活・活動に関する支援 交通機関の利用に関する支援 家事に対する支援 金銭管理の支援 その他の活動	(2) サービスの調整 サービスの調整	
	(2) その他の支援 服薬への支援 家族への支援		

(4) 地域生活移行支援の展開

本モデル事業の展開である①患者希望調査（本人の意向）②アセスメント③支援計画の検討（ケアプラン）④実際に行った支援活動についての具体的な内容を、退院困難な要因別に整理してまとめた（表 16）。

表 16 地域生活移行支援の展開内容

	患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
退院困難な理由	・病状 ・セルフケア	・家族との関係性 ・家族の状況の変化 ・家族側の問題	・住居の確保
①本人の意向	1. 病状に関する支援が必要な場合	1. 家族との関係性に支援が必要な場合	1. 住居に関する支援が必要な場合
	2. 服薬に関する支援が必要な場合	2. 家族の状況の変化のため支援が必要な場合	○住むところ
	3. 地域生活に関する支援が必要な場合	3. 家族側の問題のため支援が必要な場合	2. 退院後の生活・活動に関する支援が必要な場合
	○住むところ ○日中の過ごし方 ○家事 ○金銭管理		○生活・活動 3. 地域サービスに関する支援が必要な場合 ○地域サービス
②アセスメントの内容	1. 病状に関する支援が必要な場合	1. 家族との関係性に支援が必要な場合	1. 住居に関する支援が必要な場合
	○病状 ○生活状況 ○対人関係 ○通院継続の可能性 ○訪問看護の必要性 ○その他	○本人の意向 ○家族の意向 ○疾患への理解 ○社会資源の活用 ○退院後の生活 ○退院後のサポート体制	○住むところ
	2. 服薬に関する支援が必要な場合	2. 家族の状況の変化のため支援が必要な場合	2. 退院後の生活・活動に関する支援が必要な場合
	○病気・内服への意識 ○服薬中断のリスク ○服薬状況	○本人と家族の意向 ○家族の状況の把握 ○社会資源の活用 ○通院継続の可能性	○生活・活動の状況 ○家族の状況
	3. 地域生活に関する支援が必要な場合	3. 家族側の問題のため支援が必要な場合	3. 地域サービスに関する支援が必要な場合
○日中の過ごし方 ○本人の生活能力 ○本人の対処能力 ○ADL ○対人関係能力 ○援助の有効性 ○施設入所へ向けての不安 ○退院先 ○活動意欲 ○金銭管理	○金銭管理	○活用できる地域サービスの有無	
③ケアプランの内容	1. 病状に関する支援が必要な場合	1. 家族との関係性に支援が必要な場合	1. 住居に関する支援が必要な場合
	(1) 病状を安定させるための支援 (2) 退院後の通院への支援 (3) 訪問看護導入への支援	(1) 本人と家族の関係への働きかけ (2) 本人と家族の生活の支援 (3) 地域サービスへの移行 (4) 自宅への外出・外泊支援 (5) 支援内容の検討	(1) 住居についての情報収集 (2) 施設の見学・体験 (3) 入居の準備
	2. 服薬に関する支援が必要な場合	2. 家族の状況の変化のため支援が必要な場合	2. 退院後の生活・活動に関する支援が必要な場合
(1) 服薬指導 (2) 薬物調整 (3) 服薬自己管理 (4) 服薬確認	(1) 本人の意向の確認 (2) 家族の意向の確認 (3) 家族の状況の把握 (4) 本人と家族の関係への働きかけ (5) 家族への説明・情報提供 (6) 退院先の確認	(1) 退院後の生活のイメージをつかむための支援 (2) 生活や活動に関する支援 (3) その他の支援	

③ ケアプランの内容		(7) 家族への依頼 (8) 退院後利用する社会資源の検討 (9) 地域の担当者への連絡 (10) 退院後の生活の検討 (11) 生活状況の把握	
	3. 地域生活に関する支援が必要な場合	3. 家族側の問題のため支援が必要な場合	3. 地域サービスに関する支援が必要な場合
④ 支援活動	(1) 住むところに対する支援 (2) 日中の過ごし方に対する支援 (3) 家事に対する支援 (4) 活動意欲に対する支援 (5) 金銭管理に対する支援	(1) 自宅への外出支援 (2) 生活に関する情報収集 (3) 地域サービス導入への支援	(1) 退院後利用するサービスの体験 (2) サービスの調整
	1. 病状に関する支援 (1) 病状を安定させるための支援 (2) 退院後の通院への支援 (3) 訪問看護導入への支援	1. 家族の関係性に関する支援 (1) 本人と家族の関係への働きかけ (2) 退院先の検討 (3) 社会資源の利用への支援内容 (4) その他	1. 住居に関する支援 (1) 退院先の検討 (2) 施設の見学・体験 (3) 入居の準備 (4) グループホームへの訪問
	2. 服薬に関する支援 (1) 服薬指導への支援 (2) 服薬自己管理への支援 (3) 服薬状況を確認するための支援	2. 家族の状況の変化に関する支援 (1) 家族と本人の意向の確認 (2) 家族への支援 (3) 自宅への外出・外泊支援 (4) 社会資源の活用についての支援 (5) その他	2. 生活・活動に関する支援 (1) 生活・活動に関する支援 (2) その他の支援
	3. 地域生活に関する支援 (1) 住むところに対する支援 (2) 日中の過ごし方に対する支援 (3) 家事に対する支援 (4) 活動意欲に対する支援 (5) 金銭管理に対する支援 (6) その他	3. 家族側の問題に関する支援 (1) 問題を起こす家族への働きかけ (2) 生活に関する情報収集 (3) 地域サービス導入についての支援 (4) 金銭管理の支援	3. 地域サービスに関する支援 (1) 地域サービスの導入・利用に関する支援 (2) サービスの調整

#### 4) 支援担当者の活動体制について

モデル事業の期間内に行ったヒアリングから各施設の支援体制の特徴についてまとめた。いずれの体制も受持ち看護師をサポートする体制で支援が展開されていたことが特徴である。本事業では、支援担当者は対象者の選定や支援計画の遂行状況の管理、ケア会議のコーディネート、必要に応じて直接サービスを提供するという役割とし、病院内を横断的にサポートできる人とした。実際はそれぞれの施設の実情に合わせて支援担当者と受持ち看護師が連携して活動する体制となった。

##### (1) 支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制（独立型）

D病院、E病院では受持ち看護師と支援担当者が共に患者の希望を確認し、支援計画の立案や実施を行っていた（図7、8）。看護上の問題に対する支援の実施は主に受持ち看護師が行うが、受持ち看護師が夜勤等で不在の場合には支援担当者が支援を代行していた。この場合、支援担当者は病棟ではなく専属の部署に所属しているため受持ち看護師のサポートが行いやすい体制になっていた。

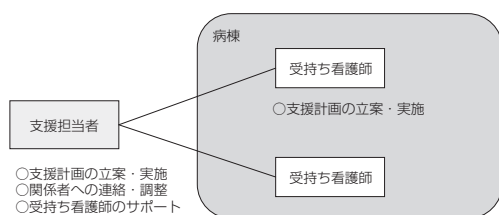


図7 D病院の退院支援の体制と役割分担

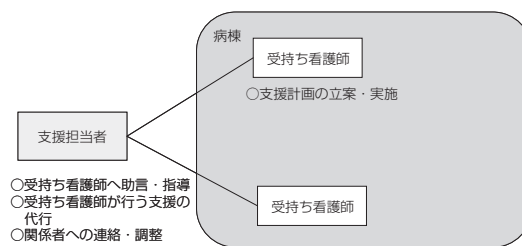


図8 E病院の退院支援の体制と役割分担

### (2) 受持ち看護師を中心に支援を展開する体制（統括型）

A病院、B病院では、病棟内に看護チームリーダーや退院調整看護師を配置し、受持ち看護師と連携して患者希望調査から支援計画の実施や多職種への連絡や調整を行っていた(図9、10)。看護チームリーダーや退院調整看護師は受持ち看護師に指導や助言をし、必要に応じて支援を代行し、受持ち看護師のサポートを行うという役割を果たしていた。支援担当者はこれらの機能がうまくいっているか見極め、間接的に受持ち看護師をサポートする体制となっている。支援担当者は専属部署に所属する体制ではなく、兼任であった。

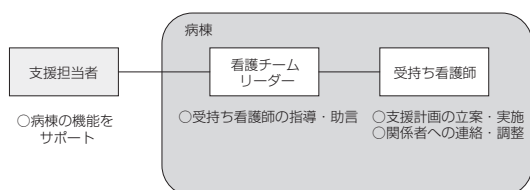


図9 A病院の退院支援の体制と役割分担

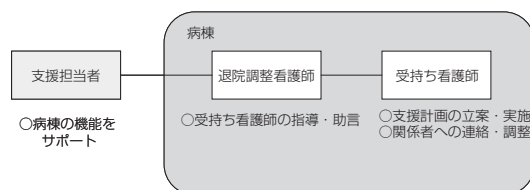


図10 B病院の退院支援の体制と役割分担

### (3) ケア会議を中心に支援を展開する体制（チーム型）

C病院では、会議を中心に支援計画の立案が行われていることが特徴であった(図11)。この会議では法人内の在宅部門のスタッフが集まり、支援の方向性を検討している。また、支援担当者は会議の場以外でも受持ち看護師へ支援計画の助言や指導を行う体制であった。

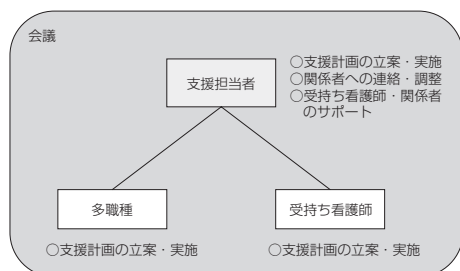


図11 C病院の退院支援の体制と役割分担

### 5) 支援担当者の機能・役割について

モデル事業で使用した記録用紙(様式1~4)と協力事業所に行ったヒアリングから支援担当者が支援に携わる関係者とどのような活動をしているのかという点に着目し、まとめた内容を表17に示す。

表 17 モデル事業における協力事業所の支援体制と支援担当者の活動

支援体制の特徴	協力事業所名	支援担当者の活動
支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制 (独立型)	D病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟内の患者の状況を判断して対象者を選定する</li> <li>・病棟カンファレンスに参加し、支援の調整を行う</li> <li>・医師、受持ち看護師、PSW が支援の共有ができるように、支援に必要な情報を提供する</li> <li>・その場にいる関係者を招集し、検討の場をつくる</li> <li>・患者情報を支援に携わる関係者に提供する</li> </ul>
	E病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種が持っている情報を集約する</li> <li>・多職種と受持ち看護師の調整を行う</li> <li>・PSW と地域の施設への見学、体験入所の調整をする</li> <li>・施設の入所先のスタッフへ情報を提供する</li> </ul>
受持ち看護師を中心に支援を展開する体制 (統括型)	A病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の相談にのる</li> <li>・困ったケースの勉強会を開催する</li> </ul>
	B病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域と病院の連携の窓口となる</li> <li>・地域にいる支援者にケア会議への出席を依頼する</li> <li>・ケア会議に参加する</li> <li>・退院前訪問に同行する</li> </ul>
ケア会議を中心に支援を展開する体制 (チーム型)	C病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者と面接し関連部署へ情報を提供する</li> <li>・受持ち看護師や病棟スタッフから相談を受け、支援内容のアドバイスをしたり、病棟カンファレンスに参加したり、オブザーバーのようにかかわる</li> <li>・在宅関連部門と院内のスタッフが参加する会議においてケースの状況報告を受け、問題点を明確化し、計画内容の検討・調整の提案をする</li> <li>・会議の場以外でも、受持ち看護師や主治医と情報交換を行う</li> <li>・院内の他部署や関連施設へ情報が伝わるよう調整する</li> </ul>

次に、支援担当者と受持ち看護師が実際にどのような役割分担で支援を遂行したのか、各施設の特徴を表 18 にまとめた。

受持ち看護師を中心に支援を展開する体制をとっていた病院ではモデル事業で想定していた支援担当者の役割を受持ち看護師が担う結果となった。それに対して支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制の施設では、対象者への直接サービスは主に受持ち看護師が行い、多職種や地域の関係者との調整を支援担当者が担っていた。さらに、支援担当者が受持ち看護師に支援計画のアドバイスや指導を通して教育的な役割も果たしているということがヒアリングから把握することができた。

表 18 モデル事業における支援担当者と受持ち看護師の役割分担の実際

事業所名	支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制		受持ち看護師を中心に支援を展開する体制		ケア会議を中心に支援を展開する体制
	D病院	E病院	A病院	B病院	C病院
対象者の選定	受持ち看護師、病棟管理者、支援担当者	支援担当者	受持ち看護師	受持ち看護師	支援担当者
支援計画	受持ち看護師と支援担当で立案	受持ち看護師と支援担当で立案	受持ち看護師	受持ち看護師、退院調整看護師	会議の場で立案し、支援担当者が受持ち看護師をサポートして具体的に立案
進行状況の管理	支援担当者	支援担当者	受持ち看護師	受持ち看護師、退院調整看護師	支援担当者
ケア会議の調整	支援担当者	主に支援担当者。受持ち看護師こともある	受持ち看護師	受持ち看護師、PSW	主に支援担当者。受持ち看護師こともある

さらに、院内の多職種との連携について記録用紙（様式3、4）および支援担当者活動報告に記載された中から具体例を表19に示した。A病院、B病院では情報の伝達やケア会議の調整など多職種との連携を受持ち看護師が中心となり行っていたが、C病院、D病院、E病院では支援担当者を中心に行われていた。

表19 院内の多職種との連携の具体例

医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師に治療方針や病状について確認をする（D病院）</li> <li>・ 医師に支援の進行状況を伝える（D病院）</li> <li>・ 訪問の様子を医師に報告し、介護保険の申請の必要性を話す（D病院）</li> <li>・ 家族の意向確認のため医師との面談に同席する（B病院）</li> <li>・ 面接した内容を医師に提供する（C病院）</li> </ul>
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤師に患者の情報提供（D病院）</li> <li>・ 退院後の服薬状況を薬剤師に伝える（D病院）</li> </ul>
PSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アパート探しについて情報提供をPSWに依頼する（B病院）</li> <li>・ 医師・PSWと連携し、退院先の方向性を確認する（B病院）</li> <li>・ 保健師への連絡、同行訪問日時の調整をPSWに依頼する（D病院）</li> </ul>
作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主治医より今後のリハビリの検討の依頼を受け、受持ち看護師・受持ちOTRと支援者会議を開催する（C病院）</li> </ul>

#### （1）チーム医療のバックアップ活動

以上で示された活動内容から、退院支援体制に既存する業務に併せて、病院・病棟内における医療機能の活性化や機能強化に向けた支援活動が随所に認められた。支援担当者はケア会議の場面以外にも、病院内外の支援者とコミュニケーションを図る機会が多く、全体的な調整や連携体制の確立を図る役割が大きい。特に、協力事業所における支援担当者の機能・役割の共通点は「院内の多職種や院外の担当者へ情報提供」であった。つまり、それぞれの職種が同じ方向性で必要な支援を提供するためには、同じ情報を共有しておく必要があるといえる。

#### （2）病院内における看護師による横断的な支援活動

支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制をとっている病院や、ケア会議を中心に支援を展開する体制となっている病院では、支援担当者がかかわる病棟は複数であり、病棟単位と病院全体の視点から支援活動の取り組みを行っていることが多かった。特に、支援担当者が専属部署に所属している場合は、病院内で他部署との調整や病棟の枠を越えた活動がしやすい状況であった。一方、受持ち看護師を中心に支援を展開する体制となっている病院では、受持ち看護師が他部署のスタッフへの連絡やケア会議の調整を行い、さらには外出に同行するなど病棟を越えて支援活動を行っていた。

### 6) 支援体制の遂行状況について

#### （1）支援計画の遂行管理

受持ち看護師を中心に支援を展開しているA病院・B病院では、支援計画に関する書類やケア会議の議事録などは、対象者が入院している病棟で管理していた。したがって、受持ち看護師が対象者に関する情報を集約し、最終的に書類に記載・整理するという役割を担っていた。

支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制をとっているD病院・E病院や、ケア会議を中心に支援を展開する体制となっているC病院では必要に応じて支援担当者がアドバイスを行い、受持ち看護師が支援計画を立てていた。これらの病院で行ったヒアリングでは、受持ち看護師自身が退院支援に関するケアの経験年数が少なく、どのように支援を進めていけばいいのかわからないということが述べられた。支援担当者は対象者に対する情報を集約しているため、退院後のニーズを踏まえて受持ち看護師に支援計画のアドバイスを行っていた。



このように、どの施設においても計画の遂行管理は、病棟内の看護チームリーダーや、退院調整看護師、さらに支援担当者が協力して一緒に行うことで支援が停滞しないよう工夫をしていた。

## (2) 支援活動範囲の拡大

協力事業所の支援計画では、15例に退院前訪問が行われ、訪問看護が積極的に活用されているという特徴がみられた。支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制をとっている病院では、支援担当者または受持ち看護師によって退院前や退院後の訪問看護が行われていた。受持ち看護師を中心に支援を展開する体制となっている病院では、退院前や退院後の訪問看護が受持ち看護師または病棟看護師により行われていた。いずれの場合も入院中の支援に限らず、A病院のように退院後もしばらくの期間、入院病棟の受持ち看護師が訪問看護を行っているという状況があった。特に長期入院患者の退院では、患者とかがわりが深い看護師が地域まで伴走することで、患者が安心して地域への移行と定着が行えるというメリットがあるとヒアリングで述べられていた。

また、外出に同行する場合や訪問看護を行う場合など受持ち看護師が病院外で支援活動を行う時、A病院ではあらかじめ病棟管理者が勤務表の調整を行っているということがヒアリングで述べられていた。B病院の場合は、ケア会議への参加を通常業務より優先させる業務と位置づけ、受持ち看護師がケア会議に出席できるよう病棟内で調整を行っていた。

このように地域生活移行支援では看護師の支援活動の範囲が病院外に拡大しているが、病棟看護師の支援活動範囲を地域へ拡大するにあたっては、現状の病棟看護師配置人数や診療報酬の評価という面で現状では限界がみられる。

## 7) ケア会議の開催状況について

### (1) 医療の視点と福祉の視点の摺り合わせるケアミックス

患者が参加するケア会議を開催する前段階で、医療スタッフと地域支援スタッフが患者の支援方針等について検討する機会をもっている施設が複数あった(表3)。B病院ではケア会議の前に支援計画のたたき台となる「仮の支援計画」を作成しながら、支援方針の検討が行われていた。検討の目的としては、患者の病状や生活上の問題解決という「医療の視点」と、患者が望む退院や地域生活の目標達成を支援する「福祉の視点」を摺り合わせることで、両者が現実的な支援目標を備えることが狙いである。また、ケア会議には地域のスタッフが多数参加するため、ケア会議の場を通して入院中に行っておくべきケアのニーズを把握することができる。病院側のスタッフと地域の側のスタッフがお互いに医療と福祉の視点をすり合せ、ケアミックスによる支援計画を立案することで地域への定着がスムーズに行うことができる。

### (2) 患者情報及び支援計画の共有方法

支援担当者が専属部署に所属している施設では、ケア会議で立案された患者の支援計画に関する書類を部署内で管理しながら、支援担当者が中心となって情報の集約や提供を行っていた。

電子カルテや院内LANを経由した電子媒体を活用している施設では、多職種がいつでも情報にアクセスすることが可能であり、支援内容や患者の状況など、計画遂行を把握するうえで有効であると思われる。特に、地域サービスの併設部門を有する施設では、患者の入院中から退院後の経過まで情報共有できることから、退院に向けた準備や再発への早期介入という面で効果を発揮していた。ただし、既存の院内LANシステムに地域移行支援計画を連動させる方法や、各職種が独自に活用している支援計画様式(例:看護計画)との連動については、業務の効率化という観点からも今後の検討課題となっている。

## 8) 病棟における退院支援体制の課題

今回のモデル事業を通して、病棟内で支援担当者と看護師が連携して活動する体制ができた。また、地域生活移行支援の分析内容からは退院支援の内容が多岐にわたることが明らかになった。そのため看護師が社会資源に関する知識が不足している場合や多職種との連携方法がわからない場合には、地域へ

の移行がスムーズに行われない可能性がある。さらに、患者自身が抱える複雑な問題のため、支援が行き詰ってしまう場合もある。そのような時、客観的な視点から現状を分析し、アドバイザーとしてかかわることができる支援担当者が看護師に助言や指導を行い、支援の方向性を明確にすることができたことは本事業の成果である。

その一方で、本事業の目的としている医療と福祉のケアミックスによるサービス体制の構築において、看護師の専門性を活かして十分な機能を発揮するために、以下のような課題が明らかになった。

#### (1) 交替勤務のためタイムリーな支援が難しい

看護師は交替勤務であるため、相手の都合に合わせて家族と面接を行うことや、病棟内の業務のため外出に同行することが難しいということがヒアリングで述べられていた。また、退院前訪問を看護師が行う場合はあらかじめ勤務調整をしておく必要もあり、同じ病棟内の他の看護師の勤務に与える影響も少なくない。

#### (2) 病棟を越えた支援の実践が難しい

多くの場合、看護師は病棟内の業務と並行して受持ち患者のケアを行っている。また、最近では診療報酬の人員配置の基準が厳しくなり、病棟外に看護師がでることができない状況もある。このような理由から病棟を越えた支援の実践が難しい。

#### 9) 効果的な退院支援体制

これまでの事業の結果を踏まえ、効果的な退院支援体制として「独立型」「統括型」「チーム型」という名称で活動の展開についてまとめた。それぞれの施設の医療体制や既存の退院支援体制の特性を考慮し、効果的な退院支援体制として構築されることを期待する。

#### (1) 独立型 (図12)

支援担当者が病院内の退院支援に関する部署に所属して、各病棟の受持ち看護師をバックアップする体制。

支援担当者は各病棟を横断的に訪問し、受持ち看護師の地域生活移行支援活動に関して相談・支援を行うと共に、必要に応じて患者への援助も行う。支援担当者は、受持ち看護師の支援活動を通じて、地域生活移行支援計画の遂行状況を把握する。

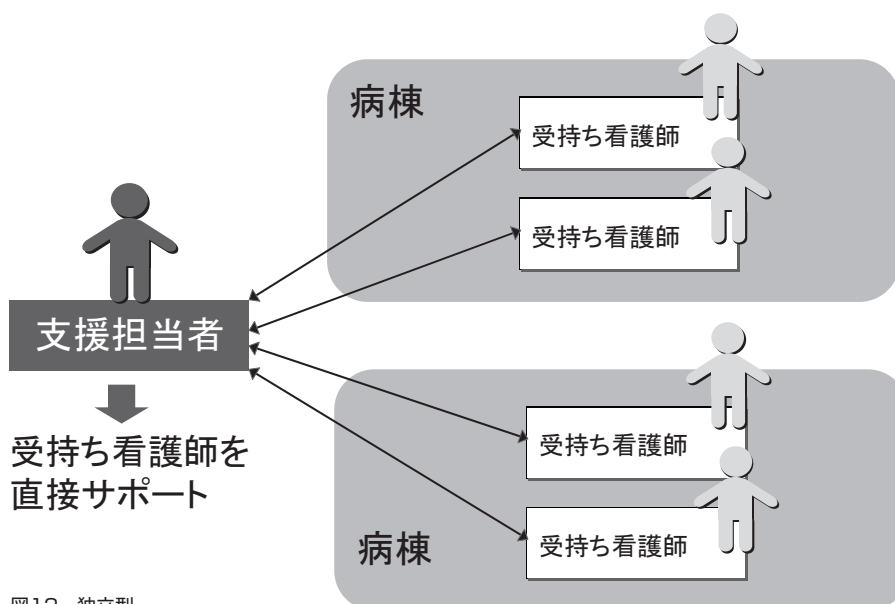


図12 独立型

(2) 統括型 (図13)

支援担当者が通常業務と兼任で複数の病棟をバックアップする体制。この体制では、各病棟内に受持ち看護師の地域生活移行支援活動をサポートする役割として、退院調整看護師や看護チームリーダーを明確に位置づけているのが特徴である。

支援担当者は、主に退院調整看護師や看護チームリーダーに対する相談・支援活動を展開し、間接的に受持ち看護師と患者を支援しながら、病棟内の遂行状況を把握する。

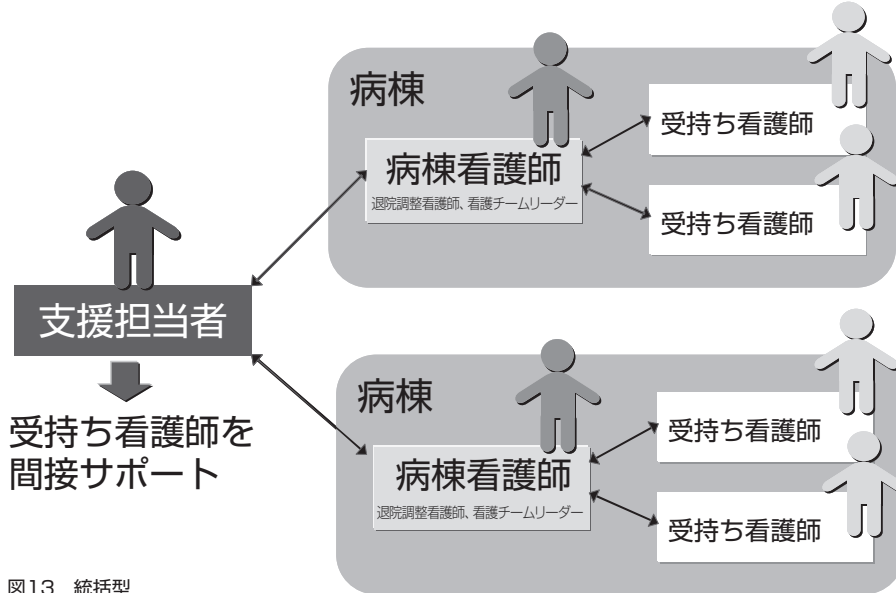


図13 統括型

(3) チーム型 (図14)

支援担当者が病院内に設置された退院支援に関する委員会やプロジェクトチームの一員となり、退院支援体制の推進を図る体制。

支援担当者は、通常業務と兼務で役割を担いながら、会議や受持ち看護師のサポートを通じて地域生活移行支援計画の遂行状況を把握する。

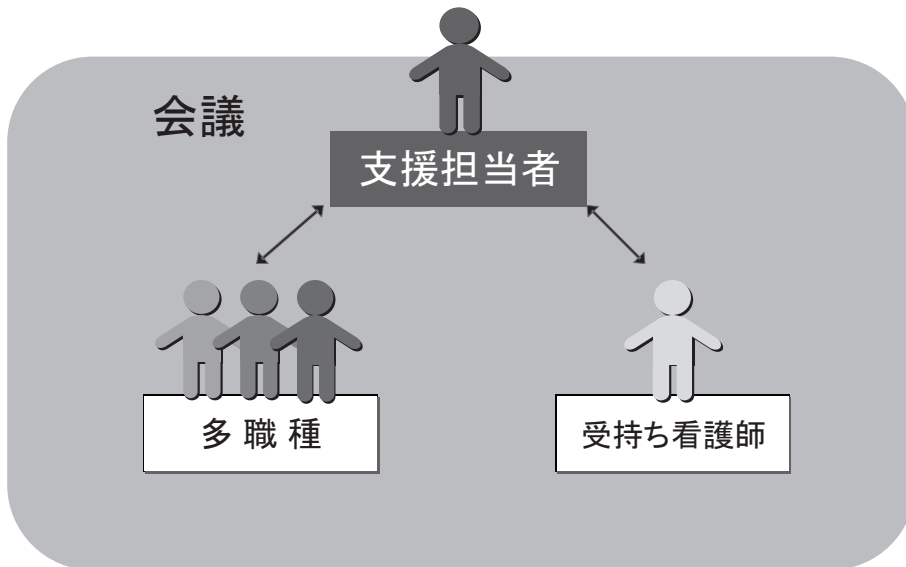


図14 チーム型

# 第3章 地域定着に必要なとされる医療サービスに関する調査

## 1. アンケート調査

### 1) 調査の設計

#### (1) 目的

精神科病院における精神障がい者の退院支援体制に関する実態を明らかにする。

#### (2) 対象

社団法人日本精神科看護技術協会の会員施設のうち、無作為に1,000施設を抽出。有効回答数397票、回収率39.7%。

#### (3) 方法

アンケート調査。

委員会にて検討し作成した調査票を対象施設に郵送し自記式留置法にて回答・返送。

#### (4) 期間

2007年11月～12月

### 2) 調査の内容

#### (1) 退院支援体制の実施状況

#### (2) 退院支援体制の内容

#### (3) 退院支援体制の定例会の実施状況

#### (4) 退院支援体制の機能状況

#### (5) 精神科病棟への退院支援担当者の配置状況

#### (6) 退院支援体制の効果の内容

#### (7) 退院支援体制を効果的なものにするための条件

#### (8) 精神科病棟の入院患者の退院に向けて実施している活動

#### (9) 退院支援に関するカンファレンスの開催状況

### 3) 調査対象の医療機関の概要

(1) 精神科病院が282施設(71.0%)、一般病院63施設(15.9%)、精神科を主とする病院52施設(13.1%)

(2) 設置主体は、医療法人268施設(67.5%)、公的機関57施設(14.4%)

(3) 精神科病床数は、100～200床未満126施設(31.7%)、200～300床未満105施設(26.4%)、300～400床未満61施設(15.4%)

### 4) 調査結果の概要

#### (1) 退院支援体制の実施状況 (図1)

『退院支援の専門部署の設置』『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』『退院支援の担当者の設置』のいずれかの退院支援体制の実施状況について調査したところ、「実施している」と回答した医療機関の割合は52.4%であり、半数以上の医療機関が何らかの形で退院支援体制を実施している状況が伺われた。

病院種別にみると、一般病院の実施率(63.5%)には及ばないものの、精神科病院の実施率も49.3%で、ほぼ半数を占めている。

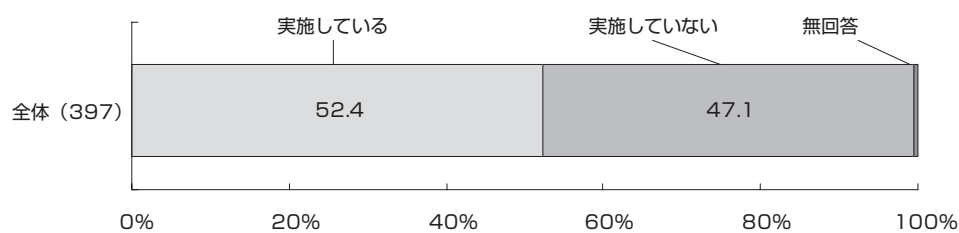


図1 退院支援体制の実施状況

『退院支援の専門部署の設置』の実施状況をみると、「実施している」と回答した医療機関の割合が11.6%（精神科病院は8.2%）、「実施を検討している」が13.4%（精神科病院は13.4%）であり、退院支援の専門部署を設置しているところは1割程度である（図2）。

専従の職員を配置しての退院支援の取り組みは、まだ少ない状況にある。しかし、今後の実施を検討している病院も1割強あることがわかる。

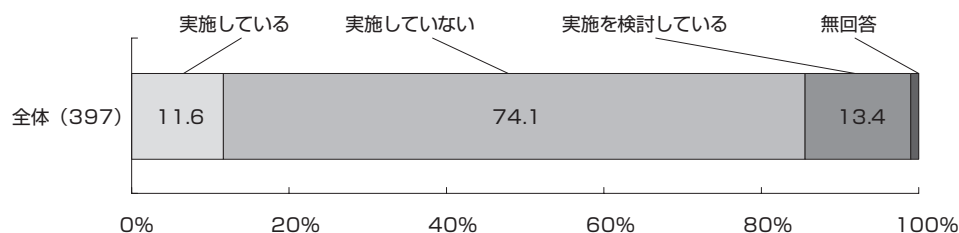


図2 退院支援の専門部署の設置

専門部署までは設置していないが、退院支援のプロジェクトや委員会を設置している医療機関は27.0%を占め、実施率が3割近くを占めている。当体制については、精神科病院での実施率が28.7%（一般病院は20.6%）で最も高く、実施を検討しているところも12.1%（一般病院は3.2%）に及んでいる（図3）。

現状では、専門部署の設置よりもプロジェクトや委員会の設置の方が取り組みやすいという結果であると考えられる。

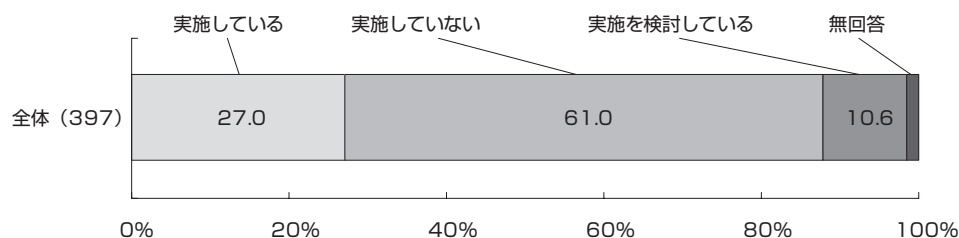


図3 退院支援のプロジェクトや委員会の設置

一方、『退院支援の担当者の配置』については、「実施している」医療機関の割合が13.9%、「実施を検討している」が13.1%であり、退院支援の担当者を配置している医療機関は少ないとみられる（図4）。

ここでいう退院支援の担当者とは、専門部署やプロジェクト・委員会は設置していないものの、単数

または複数の病棟を対象に退院支援に直接的あるいは間接的にかかわる者を指している。つまり、病院全体の退院支援にかかわる担当者に関する配置状況である。

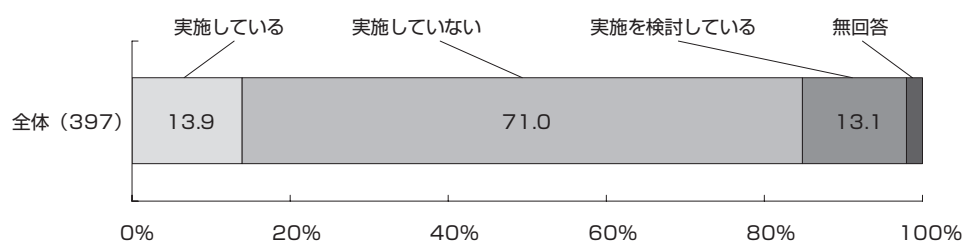


図4 退院支援の担当者の配置

続いて、各種退院支援体制の退院促進に向けた効果について確認すべく、調査対象施設の平均在院日数を退院支援体制別にみたところ、退院支援体制を実施しているところは、いずれも平均在院日数が「300日未満」の割合が50%を超えている（図5）。

中でも専門部署を設置している医療機関及び退院支援のプロジェクトや委員会を設置している医療機関は、同割合がどちらも60%近くを占めており、退院促進に向けて効果をあげているところが多いとみられる。

退院支援体制の内容をみると、いずれも2005年以降に設置した医療機関が多く、『退院支援の専門部署の設置』『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』の責任者は医師、『退院支援の担当者の設置』の責任者はソーシャルワーカー（以下、SW）の割合が高い。『退院支援の専門部署の設置』『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』については定例会の実施率が高く、月に1回程度のペースで行っているところが多い。

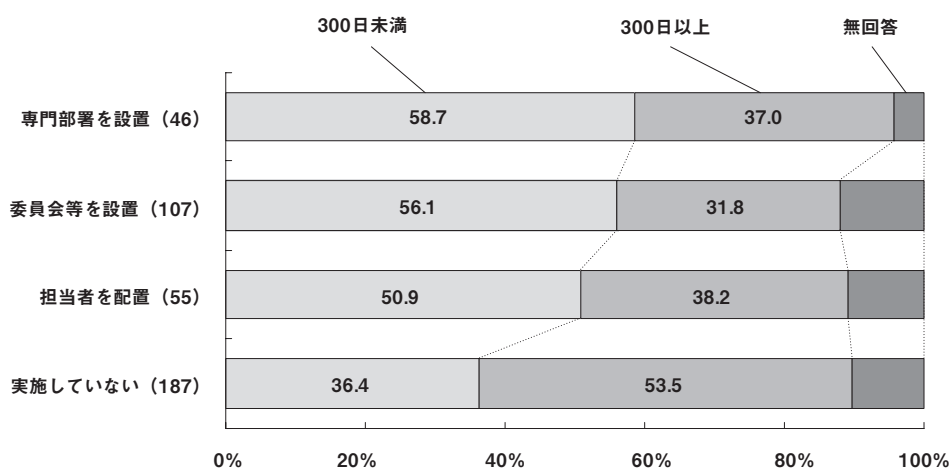


図5 平均在院日数（退院支援体制別）

## (2) 精神科病棟への退院支援担当者の配置

『精神科病棟への退院支援担当者の配置状況』について調査したところ、「配置している」と回答した医療機関の割合は39.4%である（図6）。ここでいう退院支援担当者は病棟単位で配置されている者で、その病棟の入院患者に対して退院支援を直接的・間接的に行う者を指している。つまり、病棟毎の担当者のことである。

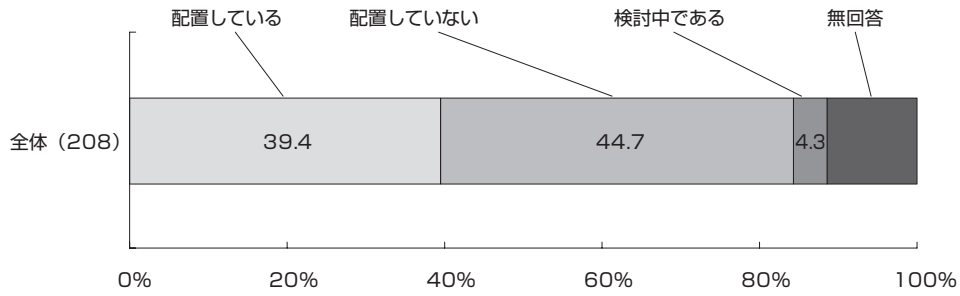


図6 「退院支援担当者」の病棟への配置状況

退院支援体制別にみると、「専門部署を配置している」ところが41.3%、「委員会を設置している」ところが46.7%と高く、専門部署や委員会を設置しているところで病棟での退院支援担当者を配置することで、退院支援を強化していることが伺われる。精神科病棟への退院支援担当者については、2005年以降に配置した医療機関の割合が50%以上を占めている。

担当者の職種をみると、「看護師」の割合が58.5%、「SW」が54.9%であり、「作業療法士」は9.8%で1割に満たない。大半が他の業務と兼任で担当しており、役職は「一般職のみ」が半数を超えている。また、通常のカンファレンスとは別の退院支援を目的とした定例会を行っている医療機関の割合は63.4%を占め、半数以上が「月1回程度」のペースで開催している。

(3) 退院支援実施による効果

退院支援体制実施による効果の内容について調査したところ、「院内の他職種との連携が良くなった」「院内のスタッフに理解が深まった（退院に対する意識が高まった）」がともに60%近くを占め、多くの病院が退院支援体制の実施によって院内スタッフの意識改革につながったと考えているようである。また、「院外の他機関との連携が良くなった」「困難なケースでも退院できるようになった」がともに50%強で続いている（図7）。

退院支援体制の実施は、チーム機能の向上と地域連携の円滑化につながり、社会的入院の解消にも効果があると考えられる。

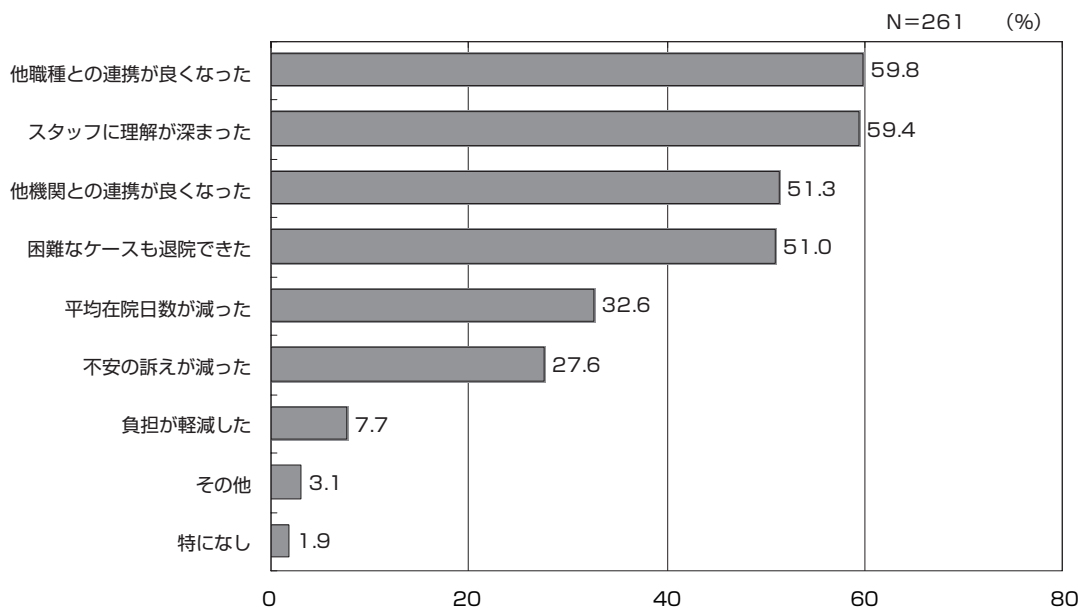


図7 退院支援体制実施による効果の内容

#### (4) 退院支援実施の条件

退院支援体制を効果的なものにするための条件について調査したところ、「病院と地域との交流・連携が円滑である」が64.0%で最も高く、これに「病院全体で情報を共有できるシステムが整備されている」が59.8%で続き、「退院支援の定例会が開催されている」「退院支援のスタッフが複数いる」「退院支援に関するリーダー的存在の人物がいる」「経営者・管理者に地域ケアへの理解がある（病院理念に掲げているなど）」がいずれも50%前後である（図8）。

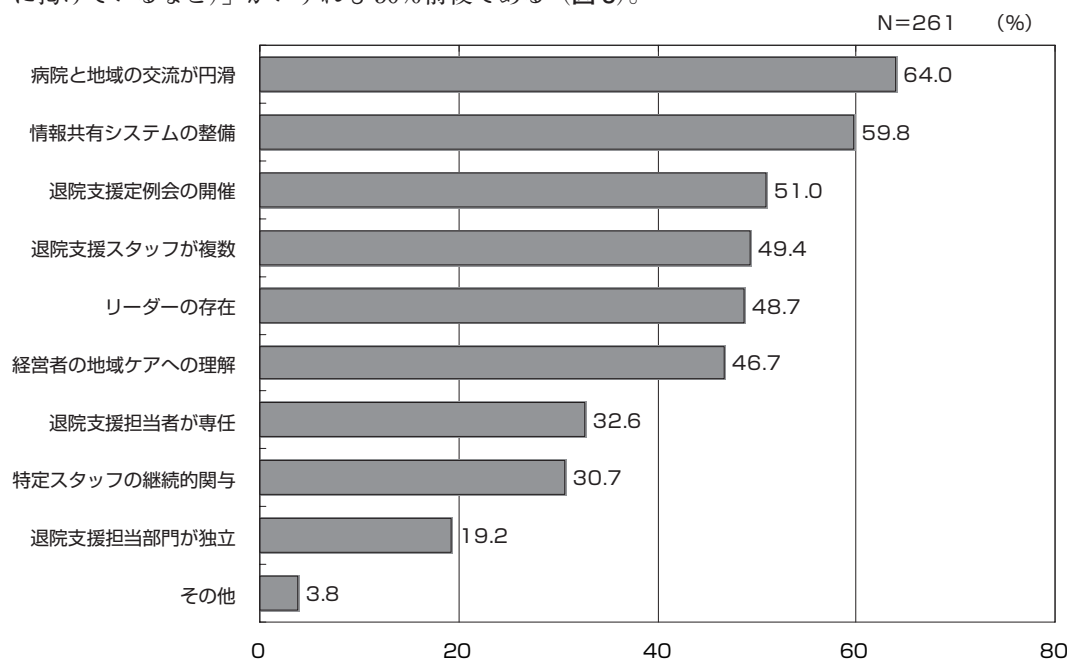


図8 退院支援体制を効果的なものにするための条件

地域との交流・連携を円滑にするためには、精神障害に対する地域の理解を深めることが必要であり、精神障がい者に対する偏見を払拭するための啓発活動の展開が求められる。

さらに、医療機関と自治体とが協力し合いながらグループホームやデイ・ナイトケアなどの社会資源の整備を進め、医療機関が地域における精神保健福祉相談の役割を担い、退院後の患者を対象とした訪問看護や介護に積極的に取り組む等、地域ぐるみで医療と保健・福祉サービスがミックスしたサービス体制を構築していくことで、精神障がい者が退院の意志をもって地域生活にスムーズに移行できるようになると思われる。

また、半数程度の医療機関が「経営者・管理者に地域ケアへの理解がある（病院理念に掲げているなど）」を挙げている。医療機関の経営者・管理者に地域ケアへの理解を促進することが求められるが、多くの精神科病院では経営が厳しい状況が続いており、退院促進による入院患者の減少が病院経営を圧迫するとの見方もある。

この他に精神科病院の場合、電子カルテの導入がまだ十分に進んでいない現状があり、複数の職種が同時にかかわる退院支援では情報の共有が大きな課題となっていることがわかる。また、病院全体での退院支援の取り組みには、経営者や管理者等の考え方が大きな影響を及ぼすことが予想される。

#### (5) 退院に向けて実施している援助内容別の主な実施者

退院に向けて実施している主な援助内容ごとに主な実施者について尋ねたところ、以下の表1のように多くの援助内容を「病棟看護師」が主な実施者として行っている。社会資源や家族に関する援助は、「SW」が主に担当している割合が高く、病棟を中心とした医療チームで専門性を発揮しながら



役割分担を行っていると考えられる。また、退院後の支援に関しては、病棟看護師が担う割合は極端に低くなり、「外来看護師」「SW」に主な担当者が移行しているといえよう。

表1 退院に向けて実施している主な援助内容ごとの主な実施者

主な援助内容	病棟 Ns	外来 Ns	医師	SW
退院支援対象者の選出	62.6	1.7	45.4	28.1
退院や地域生活に向けた包括的アセスメント	43.5	4.3	28.1	70.2
病状の見直し・治療方針の患者への説明	23.3	0.6	95.8	9.3
患者の退院への意思の強化	74.8	0.6	45.9	31.8
家族の退院意向の確認	46.5	0.0	55.4	50.8
患者教育	88.0	4.9	33.1	25.2
家族調整・支援・教育	49.0	4.5	31.5	74.1
退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催	65.8	7.1	28.9	55.8
退院に向けた計画の立案	77.0	1.5	35.0	30.3
退院に向けた計画の管理	72.7	0.6	22.5	29.6
受持ち看護師の行う退院支援のサポート	72.9	5.6	19.6	39.5
社会資源・サービスの探索・交渉	13.9	2.2	8.2	95.7
社会資源・サービスの患者・家族への情報提供	23.5	4.4	14.8	92.1
退院前訪問指導	69.3	14.6	5.8	49.5
社会資源の体験や外出への同行	55.5	2.3	4.6	65.9
退院後の訪問看護	28.6	43.1	2.6	41.5
退院後の相談活動	8.2	35.8	18.2	78.4
スタッフに対する退院支援についての教育	45.7	3.3	26.1	32.2

#### 5) 調査結果のまとめと考察

(1) 半数以上の医療機関が何らかの形で退院支援体制を実施している。

(2) 「退院支援の専門部署の設置」は11.6%、「退院支援の担当者の配置」は13.9%とまだ少ないが、「退院支援のプロジェクトや委員会の設置」は27.0%で、精神科病院において比較的实施しやすい体制といえよう。これは、精神科のマンパワーが十分ではない状態で専門部署や専任の職員を置くことが困難な状況にあることと、これまでも精神科では行動制限最小化や安全管理などに関しても委員会の設置により課題に取り組んできたプロセスがあり、多職種連携モデルとしてもプロジェクトや委員会の設置が取り組みやすく効果をあげやすい体制と認識されていると思われる。

(3) 「専門部署の設置」「プロジェクトや委員会の設置」では、責任者は医師で管理職以上、それ以外の構成職員は看護師、SWの占める割合が高い。そして、定例会を行っているところも多い。また、退院支援担当患者数についてみると「専門部署の設置」は「退院支援の担当者の配置」よりは多いものの、担当する患者数にばらつきがある。しかし、機能状況に関する評価は比較的高い。

「退院支援の担当者の配置」は責任者がSW、一般職が多く、それ以外の構成員もSWが多い。定例会を行っている割合は5割程度で、対象患者数は少ない。そして、機能状況に関する評価が比較的低いという結果がでている。

機能状況の評価や対象患者数をみると、「退院支援の担当者の配置」だけよりも、「専門部署の設置」や「プロジェクト・委員会の設置」のような組織的かつ多職種連携型が、退院支援体制としてより効果的で理想的といえよう。

(4) 「精神科病棟への退院支援担当者の配置状況」は39.4%で、専門部署や委員会などを設置している病院で配置している割合が高い。このことから、専門部署や委員会の設置に病棟の担当者の配置を重ねることでさらに退院支援が強化されることが推察される。病棟の担当者を窓口にして、病棟で実際に困っているケースを検討できる体制を確立したり、専門部署や委員会を得た情報を病棟の担当者が病棟に提供することで専門部署や委員会が活用しやすくなるものと思われる。

(5) 退院支援体制の実施による効果として、院内の他職種との連携の強化や院内のスタッフに退院に

対する意識が高まったという意見が6割近くを占めており、院内スタッフの意識改革につながったと考えられる。さらに、院外の手機関との連携の強化や、困難ケースの退院という効果を感じているという意見も5割強を占めている。

困難ケースの退院に関しては、病棟の力だけでは困難な状況を退院支援体制を強化することで、多職手他機関との連携・協働を円滑にして、退院に向けた支援を推進する力を集結していくことが可能になる。その結果、困難ケースの退院という効果が生じたと考えられる。

(6) 退院支援体制を効果的に構築するためには、病院と地域の交流の円滑化、情報共有システムの整備、定例会の開催などの条件が必要であるという意見が半数以上ある。また、半数が医療機関の経営者・管理者に地域ケア・退院促進への理解があることを条件としてあげている。

退院支援体制の要は、多職種や他機関、地域とのつながりであり、いかに情報を共有し、検討する場を確保するかが重要になる。また、退院促進は在院患者の減少、収益の低下につながりかねないため、民間の精神科病院が多数を占める日本においては特に、経営的な視点から経営者や管理者が退院促進に対して積極的になりにくい状況があり退院促進が進まないという葛藤が反映されているといえる。

(7) 退院に向けて現在実施している内容と主な担当者をみると、多くの援助内容を病棟看護師が担当している。社会資源に関する援助内容はSWが担当する割合が圧倒的に高く、互いのもつ専門性により病棟を中心としたチームで効果的な役割分担ができていていると思われる。また、退院後の支援に関しては、病棟看護師から、外来看護師・SWに主な担当者が移行している。

現状の体制では、このように病棟が中心となって退院支援を行い、退院後は主な支援担当者が退院後の外来看護師や訪問看護師、SWに移行することが多く、地域生活移行支援としてのケアの継続性に課題が残るといえる。特に精神障がい者は対人関係に苦手意識をもつ人が多く、支援者に慣れるまでにある程度の時間を要する。退院から地域への移行自体が不安で心細い時期だからこそ、地域生活が定着するまでの移行期間は、入院中と同じ担当者が伴走するというスタイルが理想的であると考えられる。

## 2. ヒアリング調査

モデル事業では5つの施設に協力を依頼し取り組んできたが、他にも退院支援・地域生活移行支援に熱心に取り組む、効果をあげている施設が多数ある。それらの施設にヒアリングを行い、3施設の独自の取り組みについて報告する。

### 1) 医療法人和泉会いずみ病院

#### (1) 施設の概要

沖縄県うるま市にある220床(精神科急性期・精神療養・精神一般・認知症)の単科の精神科病院。

#### (2) 退院支援・地域生活移行支援に関するシステム

退院支援に関する専門の部署はない。長期入院患者の退院に関しては、「社会復帰検討委員会」で検討している。この委員会では精神保健福祉士(以下、PSW)、師長、副師長が中心になり、ケース検討し、運営の中心はPSWが担っている。患者の退院支援に関しては、受持ち看護師が実施している。病棟では評価カンファレンスを毎週行い、検討している。

#### (3) 退院支援・地域移行支援に関する取り組み

##### ① 在院期間を意識したケアのシステム化

・在院期間別の患者のグループ分けと評価カンファレンス

急性期治療病棟では、入院から退院にいたる過程をシステム化するために、入院日順にカーデックスを並べ替え、全患者を「入院2週間未満をA」「入院2週間以上3か月未満をB」「入院3か月以上をC」と3つのグループに分け、在院期間の意識づけを行っている。

また、1人の患者に対して2週間ごとに多職種が参加した「評価カンファレンス」を行っており、治療方針・看護計画の確認、評価を行い、早期から退院計画の導入を図っている。入院が長期化しているB・Cグループの場合は特に、病状改善を阻んでいる要因や計画の見直し、患者・家族の意向をふまえて検討し、退院に向けたかかわりが停滞することのないようにシステムを工夫している。さらに、入院期間によってグループを区切り、Aグループはオリエンテーショングループへの導入、B・Cグループはサイコエデュケーショングループを活用し、入院早期より退院を目標にして退院につなげるために活動を活用している。

#### ・退院計画表

退院に向けた計画の共有とマネジメントのために、「退院計画表」が活用されている。横軸に1日単位の時間軸をとり、縦軸に退院に至るまでの活動項目をあげた計画表で、計画が実施されると退院計画表に患者のサインを入れていくことになっている。多職種との調整やクライアントパスとして患者・家族との治療計画の共有にも役立っており、患者を含めた医療チーム全体が関与する退院のマネジメントとして活用されている。

#### ②外來の強化

外來を「急性期治療の最前線」と位置づけ、急性期治療病棟での勤務経験のある看護師を外來に配置するようにしている。

退院後のかかわりは主に外來看護師が担い、訪問看護も外來看護師が行っている。担当制はとっていないが、外來看護師全員が必要に応じて対応できるようにしている。

外來看護師は、受診時のかかわり、訪問看護、電話相談などあらゆる場面で得た情報を集約し、積極的に医師に報告・提案を行い、退院後の患者の地域生活のフォローを強力に行っている。例えば、訪問看護を行っていない患者の場合でも、必要であれば外來看護師から担当医に働きかけて訪問看護の指示をもらったり、訪問看護で服薬中断につながる生活パターンが把握できれば、それに合わせた服薬方法の調整を依頼したりしている。また、入院の判断に関しても、外來看護師の意見を医師に積極的に伝えている。

外來では毎朝15分程度のミーティングを行い、何かあれば不定期にカンファレンスを行っている。

### 2) 石川県立高松病院

#### (1) 施設の概要

石川県にある400床（精神科救急・精神療養・精神一般・認知症）の県立の単科精神科病院であり、県の救急基幹病院である。

#### (2) 退院支援・地域生活移行支援に関するシステム

退院支援に関する専門の部署はない。複数の病棟、外來、デイケアのスタッフで構成された「退院支援システム検討会」で、患者が病棟移動しても一貫した継続性のあるケアが提供でき、地域での生活支援ができるよう各病棟のツールの統一、ケアの標準化、役割分担や責任の明確化を行い、病棟間での連携を円滑にしている。病棟では多職種で「スタッフミーティング」を週1回行い、主治医も交えて退院予定者の方向性を検討している。看護方式は固定チームナーシングで、受持ち看護師が立案した退院計画をユニットで支援して進めていく。

#### (3) 退院支援・地域生活移行支援に関する取り組み

##### ①ユニットパスの導入

統合失調症患者については「統合失調症の退院支援パス」を活用し、他の患者には「患者状態適応型パス」を参考に、病院全体で入院から退院までの一連のプロセスをユニットパスとして作成し、フローチャート化している。クリニカルパスやユニットパスによって、患者の状態の変化に応じた多様な治療やケアの方針を、医療チーム、患者、家族が共有でき、患者の病棟移動があってもケアの一貫

性・継続性を確保することが可能になっている。また、ユニットパスを用いることでユニットごとに行うべきケアが明確になっている。

このようなシステムは、2005年に発足した「退院支援システム検討会」で、各病棟のマニュアルやツールを統一化し、看護ケアの標準化をはかり、病棟・外来・多職種間での役割や責任を明確にし、連携を円滑にするために検討・開発された。

#### ②固定チームナーシング（ユニット）の支援

退院支援のコーディネータは、チームで行っている。看護体制は固定チームナーシングをとっており、それぞれのチームがユニットを担当している。例えば、精神科救急病棟ではAチームは退院支援チームという位置づけで、休息入院の「休息ユニット」、服薬を含めた「自己管理ユニット」、「退院調整ユニット」の3つのユニットを担当している。そして、Bチームは日常生活支援チームの位置づけで、社会生活能力別によって2つのユニットを担当している。患者層によって異なる援助をユニット化し、各チームで担当することで業務の効率化とチームの団結力の強化を図ることができる。また、病棟師長、主任は固定チームナーシングが円滑に行えるようにスタッフを支援し、チームの動きを重視して病棟を運営を行っている。退院計画は「スタッフミーティング」で方向性を決めた後、受持ち看護師が立案するが、それをチームで支え、チームで評価し、その日の援助もチームで行えるようワークシートやミニカンファレンスを活用して、チームでの取り組みを徹底している。

### 3) 帯広・十勝地域（国立病院機構帯広病院・医療法人博仁会大江病院）

#### (1) 地域の概要

北海道の帯広・十勝地域では、この10年あまりで精神病床を970床から540床に削減したと報告されている。退院を望む患者のために、複数の精神科病院等が帯広市の住宅街に賄いつきの共同住居を建て、医療や福祉の関係者らがチームを組んで、24時間365日体制で患者を見守った。この試みが、やがて北海道の委託事業となり、地元住民の中にもマンションを建てたり、安く貸してくれる人が現れた。そして、今では15棟以上の共同住宅やグループホームが地域全体に増え、患者は野菜や花を育てたり、地元のスーパーなどで働く場も得ている。

#### ①施設の概要

このような画期的な取り組みが行われている地域にある病院にヒアリングを行った。ヒアリングに協力いただいた施設は、帯広病院と大江病院である。

帯広病院は、独立行政法人国立病院機構の370床（一般100床・重心120床・結核50床・精神100床）の病院で、圏域における「循環器疾患」、「精神疾患」、「呼吸器疾患」、「重症心身障害」に関する専門医療を担っている。精神病棟は開放病棟50床・閉鎖病棟50床（うち6床結核）である。

大江病院は、154床（開放60・閉鎖40・認知症54）の単科の精神科病院である。

#### (2) 退院支援・地域生活移行支援に関するシステム

退院支援に関する専門の部署はない。外来、訪問看護、デイケアは「地域看護課」に属している。

多職種でケースを検討する「病棟会議」が週1回あり、ここで退院に関する方針も検討されており、この会議を軸に退院支援が展開されている。退院支援に関する計画は受持ち看護師が立案・調整し、それを固定チームナーシングのチームが強力にサポートしている。入院2週間以内に受持ち看護師が患者の家を訪問する「アセスメント訪問」があり、情報収集や家族との顔合わせ、家族の意向確認を行っている。

1人ひとりの事例に対して、地域支援の職員や患者を交えて行う個別の会議である「社会復帰支援会議」が月1回開催される。また、帯広生活支援センターが主導している「精神ケアマネジメント会議」が院外で月1回開催される。

#### (3) 退院支援・地域生活移行支援に関する取り組み

## ①受持ち看護師を動かし、支えるシステム

## ・病棟会議

毎週1回開催されており、1週間の入院・退院の患者の情報共有やチームで今問題になっている患者の検討を多職種で行っている。退院に関する検討も、この会議が軸になっている。PSW や訪問看護師も参加しているので、地域の情報を得やすくなっている。最近では、入院後1か月経過した時点でのアセスメントを事例として会議に出して今後の方向性を確認しあったり、退院が近い患者の退院前訪問の報告などを行っている。特に5年以上入院している患者を長期入院患者ととらえて、今までの経過のふり返りと今後のケアの方向性についても病棟会議で検討することにしている。

## ・固定チームによるサポート

退院計画は受持ち看護師が立案し、調整も行っている。固定チームナーシングをとっており、日勤帯に病棟からの訪問などで看護師が不在になっても固定チームで業務をサポートしている。スケジュールは綿密に立て、カードックスに記載され、チーム全体が把握できるようにして、受持ち看護師がいなくてもチームが動けるようにしている。チームを調整したり、受持ち看護師を支えるチームリーダーの役割は大きい。

## ・退院支援のあり方を方向づけるリーダーシップ

入院患者は、退院したくても自信がないケースが多い。退院したいという思いを口にさせることが、開放病棟の看護だと考えている。患者の好きなことや将来どうなりたいかとか、それを患者が言葉に出して言えるようになり、それを聞ける相手になろうとすることが看護の仕事だと強力なリーダーシップをもつ医師に教えられてきた。それを今は引き継いで、次の世代に教えている。

## ②地域との連携・協働

## ・地域活動支援センター（以下、支援センター）の協力体制

支援センターが力をつけてきてチームワークが非常に密になり、情報交換が活発になった。毎月発行されている機関紙が病棟に届けられるので、そこから共同住居の空き情報を得たり、退院して地域で生活している患者が支援センターの援助を受けているという報告が病棟会議で訪問看護師やPSWから報告されると、サービスの使い方がわかり活用しやすくなった。

## ・アセスメント訪問

病棟からは入院した時点で2週間以内の「アセスメント訪問」を行い、生活環境を見たり、家族に入院前の生活について話を聞いたりしている。退院に対して家族の反対が強く、家族の合意を得ることが難しい場合が多いため、アセスメント訪問を通して家族と顔あわせをすることの意義は大きい。

## ・共同住居や作業所への見学ツアー

長期入院患者は、退院後の生活をイメージすることが重要であるため、病院が年に一度くらいのペースで企画し、共同住居や作業所へ患者とバスで見学に行くようにしている。行けなかった患者には、病棟でスライドを用いて紹介している。

## 4) まとめ

退院支援・地域生活移行支援に独自に取り組み、効果をあげている施設に共通していることとして、①病院内では受持ち看護師が中心となって退院計画をたて、調整を行い、それをチームがサポートする体制ができてきていること、②患者・家族の意思が退院計画に生かされ、目標が共有されていること、③多職種でアセスメントし方向性を検討するカンファレンスが定期的開催され有効に活用されていることが確認できた。さらに、地域への移行については、地域との連携・協働が活発に行われていることもあげられた。今回紹介した施設には、退院支援の専門部署の設置や担当者の配置を行っていなかったが、これらの施設には、すでに確立した風土やシステムと、教育されたスタッフによって、退院支援・地域生活移行支援に向けた基盤が構築されていた。

# 第4章 今後の医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方について

## 1. 退院支援体制の現状

本事業において、協力事業所におけるモデル事業と退院支援の取り組みに関する全国の実態調査を行った。その結果を通して、今後の精神科における退院支援体制の推進のためにどのような退院調整を行うことが望ましいのかという方向性と方法が明らかになった。

ここ数年の傾向として、精神科看護師の退院促進への関心は国の退院促進支援事業への参加の広がりなどを受けて、研究発表などの動向を見ても次第に高まっている状況であると考えられていた。

しかし、今回の実態調査の結果を見ると、病院全体として退院支援の取り組みを行っているのは、回答が得られた病院のうち半数であった。この数字を多いと見ることもできるが、回収率が39.1%と低く、退院支援に取り組んでいない病院からの回答が十分に返されていないことが予想されるため、実際の取り組み状況は調査結果の数字よりも低いことが推察される。

そのことは、調査結果の「退院支援に関するケア」の項目でもわかるように、退院支援対象者の選出や患者の退院への意思の強化、退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催、退院前訪問等々、退院支援には多くのマンパワーと時間を要することが原因の1つであると考えられる。

精神科救急病棟や精神科急性期治療病棟の開設が急速に増えつつある現在、精神科医療の現場でもマンパワーの充足は徐々に進められているものの、急性期治療にスタッフが重点配置され、全国的に見ると適正な配置が行き届いているとは言えず、高齢化した入院患者の合併症治療や療養環境の確保に追われて退院支援にまで手が回っていない状況であると思われる。しかし、取り組んでいる病院の結果を見ると、専門部署の設置こそまだ少ないものの、プロジェクトや委員会という体制で退院支援を地道に行っている精神科病院が多いことがわかる。しかも、専門部署や委員会の設置と併行して、病棟毎に退院支援担当者を配置することで退院支援体制の強化を図る等、それぞれの病院でかなりの工夫と挑戦がなされていることがわかった。

## 2. モデル事業の試みと成果

本事業で行った個別患者支援研究については実施期間が3か月ということもあり、事業の目的であった地域生活への移行後、地域での生活が定着するまでの支援について十分な検証を行うには限界があった。しかし、協力事業所からはモデル事業の中で患者の意思を確認し契約することで、患者が主体となった地域生活に移行するための取り組みの有効性を高めることにつながったという声が聞かれた。モデル事業では地域生活に移行するための一連のケアを、対象者の選定、ケア会議のコーディネート、地域生活移行支援計画の管理、必要に応じた直接サービスの提供を盛り込んだマニュアルとして提示し、支援担当者が中心となって実施した。その結果、マニュアルを基に自院の特徴を加味した地域生活移行支援体制が構築された。これらの体制の構築については、協力事業所の治療システムを活かしながらケアを展開する中で形成されたものであり、第2章で述べた「独立型」「統括型」「チーム型」の3類型として整理された。これは、モデル事業実施前からそれぞれの病院で行っていた地域生活移行支援のスタイルを、調査研究チームが把握・分析して整理したものである。支援体制や病院の地域における役割の違いはあるものの、そこで機能する支援担当者の役割として、医療チームのバックアップと病院内における横断的な支援活動が行われていた。

### 3. 病院内での支援担当者の配置

今回のモデル事業のポイントの1つは、地域生活移行支援の担当者を明確にしたことである。全国的な傾向として、入院患者を担当する受持ち看護師が、治療計画に基づいて退院までの計画を立てて遂行するという方法をとっているところが多い。しかし、今回は受持ち看護師以外の看護師を支援担当者に位置づけた。このことが、医療チームのバックアップと横断的な支援活動につながったと考えられる。退院調整とは、「患者・家族の主體的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラム」<sup>1)</sup>であり、対象患者に対してのみ行われるものではなく、院内の他職種や院外のサービス提供者との連携も必要となる。また、退院調整看護師に求められる機能としては、スクリーニング機能（対象者の早期発見と特定）、コミュニケーション機能（相談・面接、信頼関係の構築と家族関係の調整）、アセスメント・退院支援計画作成機能（包括的アセスメント、退院支援計画作成）、教育機能（患者・家族への教育プログラムの作成と実施）、調整機能（院内のネットワーク形成とチーム医療の推進、看看連携と継続看護、地域社会とのネットワーク形成とサービスの調整）、エンパワメント機能（エンパワメントの促進）があげられている<sup>2)</sup>。病棟に勤務する受持ち看護師はほとんどの場合が交替勤務についており、このような幅広い機能をもつことは非常に難しい状況である。モデル事業においても、受持ち看護師が病棟を越えた活動を行うことには限界があったが、院内の他部署や地域との連携など横断的に支援を展開できる人を配置することで効果的な支援ができた。

しかし、退院することに不安を感じている患者や、地域生活をイメージすることが難しくなっている長期入院患者の希望や退院への意志を形成するなどの潜在化しているニーズを明確化し、発病や病状の悪化によって自信を喪失している患者をエンパワメントする役割を担っているのは受持ち看護師である。また、受持ち看護師が入院当初から看護計画を立てていることもあって、看護計画が退院をめざす計画に移行してからも、受持ち看護師がその計画の実施や評価を単独で行っていることが多い。退院に向けた計画を立案し遂行するには、患者自身の病状や生活能力等のアセスメントだけでなく、家族の意向を把握することも大切になる。また、退院後に何らかのサービス利用が必要な場合には、そのコーディネートも必要になる。このような場合に、受持ち看護師が家族支援の経験が浅く技術が未熟であったり、地域の社会資源の情報が不足していると、適切な支援計画を立案することは難しくなる。また、計画を策定することはできたとしても、交替勤務の都合や通常業務の繁忙さの影響で計画が延期され滞るという状況も発生する。加えて、今回のモデル事業の対象者の概要を参照していただくとわかるように、退院が困難になる要因も多様であり、複数の困難要因を抱えている患者も少なくない。また、退院困難な理由が患者以外にある場合には、調整のための家族面談や、社会資源の見学、交通機関の利用への支援、外泊に合わせた退院前訪問等、院外の関係者への連絡や訪問といった病棟での業務と大きく異なる活動を行う機会が多くなる（表 14、15 p14）。すると、受持ち看護師の勤務の調整ができない場合も発生し、そのために計画の遂行が遅れてしまうこともあり得る。

このようにいろいろな人を対象とした幅広い活動が求められる地域生活移行支援については、受持ち看護師1人で行うのは限界がある。そこで、受持ち看護師を支援するシステムが必要となる。今回のモデル事業では、病院全体の退院支援担当者という位置づけで支援担当者を明確にした。それによって、受持ち看護師の支援計画立案に助言をしたり、勤務の都合がつかない場合には受持ち看護師の役割を支援担当者が代行することで、支援計画の進捗の遅れを防ぐことができた。患者や家族、その他の関係者のスケジュールとタイミングに合わせた活動を遂行するシステムが必要である。

モデル事業で構築された3つの支援体制についてみると、「独立型」は支援担当者として専従の看護師を配置した体制である。病院全体の入院患者に対して退院支援を行うことになる。支援の方法は、必要に

応じて入院患者に対して面接等の直接的なケアを提供することもあれば、病棟の受持ち看護師に対して計画立案時の助言や実施の代行等の直接サポートを行うこともある。

「統括型」は、専従の看護師を配置することは難しい場合、病棟管理者等が兼任で支援担当者となる体制である。ただし、この場合は兼任業務との兼ね合いで対象患者への直接ケアや受持ち看護師の直接サポートを行うことはできにくい場合が多い。そこで、病棟毎に退院調整看護師といった受持ち看護師を直接サポートする役割の看護師を配置する。この退院調整看護師をサポートを通して、受持ち看護師を間接的にサポートする体制である。

「チーム型」は病院内に退院支援に関する委員会やプロジェクトが設置されており、定期的な会議が開催されている。多職種が参加する会議の中で、退院調整のための検討が行われる。支援担当者はこの会議のメンバーで、会議で検討される患者の受持ち看護師の会議への参加をサポートしたり、その後の支援計画の修正や実施についてもサポートする仕組みになっている。実態調査の中で、委員会やプロジェクトによって退院支援を行っている病院が多いという結果がでていたが、多職種の代表者による検討がなされても、それが病棟に持ち帰られて計画に反映されないようでは意味がない。また、受持ち看護師の行ったアセスメントや抱える困難感を会議に出して、それも踏まえて検討されることも必要である。そこで、チーム型における支援担当者の役割は、院内の医療チームの中に受持ち看護師をしっかりと位置づけるのに有効である。このようにそれぞれの体制の特徴を見てみると、病院毎に適した体制を選択することが望ましいことがわかる。以上のように、受持ち看護師の退院調整能力のレベル、指導的役割がとれる中堅看護師の有無等、病院の実情に合わせた支援体制を構築する必要がある。

## 4. 退院支援の推進力

退院支援の取り組みに関しては、その推進に大きな影響を及ぼす要因がある。それは、病院内に「推進の原動力」があるか否かである。それは、実態調査の結果にも一部出ていたが、「病院の明確な理念・方針」「病院管理者の関与」「パイオニアの存在」であると考えられる。

実態調査の自由意見に、退院支援に取り組むことのジレンマが多くあがっていた。多くの意見が、家族の受け入れ拒否、退院患者の受け皿となる住居や社会資源の不足、地域の精神障がい者に対する偏見等の困難感に関するものであった。しかし、「病院によって方針や考え方がまちまちであり、看護師の思いだけでは進められない」「単科の精神科病院においては、退院促進は経営上のことも考慮しなければならない。患者の望む居場所へ、幸福や生きていく実感などあるべき姿を経営者とともに考えていく必要がある」といった退院支援の取り組みを強化することによる病院経営への影響を懸念する意見もあった。

精神科医療においても診療報酬改定等によって急性期医療への移行が図られており、全国の精神科病院で機能の見直しが行われ、今後は病院の機能に応じた退院支援の取り組みが展開されるものと思われる。また、このような病院理念・方針と同様に、病院の管理者が退院支援の取り組みにどのような関わりをしているのかも、推進に影響を及ぼす。病院内で横断的な活動を展開する支援担当者を選任して配置し、受持ち看護師が病棟業務を離れて院外での活動を展開することを承認し支持する管理者の存在は、退院支援の体制が有効に機能するか否かの鍵を握る。また、退院支援に精力的に取り組むキーパーソン存在も重要である。複雑な背景や複数の困難要因を抱える患者や拒否の強い家族に対して粘り強く働きかけ、病棟や医療チーム全体の諦めや沈滞ムードを払拭してシステム全体を牽引するパイオニアの存在が退院支援を大きく推進すると考えられる。このような退院支援の推進力となる人材の育成を行っていく必要がある。



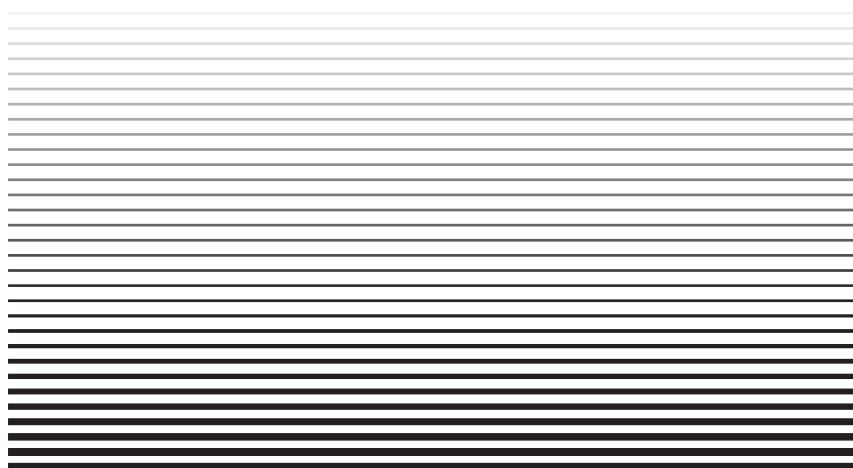
## Part I 研究報告

### 引用・参考文献

- 1) 2) 篠田道子：「在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究」分担研究「退院調整看護師養成プログラム作成に関する研究」，平成16年度厚生労働科学研究費補助金，社団法人全国訪問看護事業協会.

# Part II

## 事例集



# 事例 1 ケア会議による調整で長期入院を回避した初発の A 氏

<b>ケースの概要</b>	
性別：女性	年齢：20代前半
疾患名：統合失調症・感情障害	入院期間：約7か月
入院回数：1回	転帰：退院（退院先 家族同居）
<b>入院の経緯</b>	
意欲低下、頭痛を訴えて精神科を受診し、通院加療が開始された。その1か月後に仕事上のトラブルが発生し、抑うつ感、被害感を認めるようになった。さらに1か月後には不眠、支離滅裂となって他院救急外来を受診し、入院目的で紹介されて入院となった。	
<b>退院困難な理由</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・初発のため、経過の予測が困難。</li> <li>・家族が働いており、日中見守る人がいない。</li> </ul>	

## 1. 支援開始時の状況

入院時は幻覚妄想が著明であり、錯乱状態であった。入院後、点滴および抗精神病薬の投与を開始し、短期間で症状は改善した。入院が長期化することによるデメリットも考慮し、比較的安定した状態が維持できていることと本人の退院への希望もあるため、本人の承諾を得てモデル事業を開始することになった。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 退院支援に至るまでの経過

入院時は思考の混乱が激しく、思いつくままに喋ったり、独語しながら歩き回ったりと幻覚妄想が著明であったが、薬物療法にて精神症状は短期間で改善した。外出できるまでに回復した頃、外出中に行った事務手続きがきっかけで再び混乱状態に陥り、一時的に病状が悪化したものの、その後は比較的安定した状態を維持することができた。初発であるため、経過の予測が困難であったが、本人の退院への希望もあり、また入院が長期化することによるデメリットを考え、退院支援をすることになった。

#### (1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

A 氏の病状は比較的早期に安定し、自分の身の回りのことはゆっくりとこなすことができていたが、全体的な状況の把握や問題解決ができにくく、見守り援助が必要な状態であった。家族が働いており日中に見守る人がいなかったため、退院後は何らかのサービスを利用する必要性が想定された。

モデル事業への要請は受持ち看護師からあり、病棟師長からは受持ち看護師が退院支援の経験が少ないという理由で依頼があった。患者希望調査については受持ち看護師にアドバイスし、「退院後はどのように過ごしたいか」「退院するにあたっての気持ちはないか」などについて聞いてもらった。また、入院中にしておきたいことについて話し合ってもらった。

A 氏は1人で過ごすことについては「心配はない」「1人で過ごせそう」と話し、家に帰ってからは「皿洗いならできそう」、また入院中に「作業所の見学に行きたい」などと語った。支援担当者も病棟訪問を行い、A 氏に退院後の生活や退院までの準備についての意向を聞いた。支援担当者は受持ち看護師と一緒に得られた情報をアセスメントしながら、どのような生活ができそうかについて話し合い、支援の目標や退院に必要な準備、必要と考えられるサービスなどをイメージした。

## （2）ケア会議について

A氏の入院中のケア会議を2回開催した。1回目のケア会議は、退院にむけてのケア会議として開催し、主治医から家族（父親）に病状の説明をしてもらい、退院への理解を得た。ケア会議の参加者は、A氏、父親、主治医、受持ち看護師、精神保健福祉士（以下、PSW）、地域保健師、支援担当者であった。日程調整は、PSWが行った。A氏の場合は、自宅が病院から遠かったため、退院後の通院に関する検討が必要だったことや作業所の利用希望もあったため、地域保健師への参加を要請した。この会議では、退院にあたっての父親の気がかりや、退院の準備をどう進めていくかについて、外泊中の退院前訪問や保健師訪問、退院後のサービスについての検討を行った。保健師には、地域の作業所に関する情報提供をしてもらった。その他、退院時期の設定、それまでの支援の流れについて話し合った。

2回目のケア会議は、退院の準備が整った頃に医師や病棟看護師と検討しながら予定を立て、退院前のケア会議として開催した。この会議では退院の準備について評価し、退院後に利用するサービスの利用頻度などの微調整を行った後、退院日を決定した。これらのケア会議の場で、受持ち看護師にはA氏の病棟での様子や意向について話してもらった。

ケア会議の流れとしては、会議の冒頭には本人は参加せず、家族と支援者だけの話し合いを行い、支援の方向性を確認してから、本人を交えて具体的検討を行っていった。

## （3）支援計画の実施について

支援計画については、患者希望調査票と1回目のケア会議で方向づけられた退院までの支援の流れを考慮し、支援担当者が受持ち看護師と一緒に課題を整理しながら立案した。計画書の記載は、支援担当者が行った。

外泊計画について、A氏には「受持ち看護師と一緒に話し合っていきましょう」と伝え、受持ち看護師を中心にして立案してもらった。支援担当者はA氏の傾向を踏まえ、外泊計画の立て方についてその都度、助言や提案、相談に応じた。また、外泊中の作業所見学については、PSWに保健師と連携をとってもらいながら調整をしてもらい、外泊計画に組み込んでいった。A氏は、外泊訓練を2回行った。また、退院前訪問については、受持ち看護師、PSW、保健師、支援担当者が分担して行った。受持ち看護師とのかかわりの中で、A氏からは「作業所での挨拶のしかたを練習したい」などの言葉も聞かれた。A氏はSSTに積極的に参加していたため、この課題についてはSSTで取り組めるようにした。

A氏の支援については、支援担当者は支援全体を把握し調整しながら、特に受持ち看護師に添う形でサポートし、受持ち看護師がA氏の退院後の生活をイメージしながら外泊計画が立案できるようにかかわった。

## （4）退院後のかかわりについて

退院後、A氏は当院の外来通院（1回／2週）、訪問看護（1回／2週）、ヘルパー（1回／週・調理）、作業所（1回／週）を利用している。訪問看護については、支援担当者が初回訪問時に訪問看護ステーションの看護師と同行訪問を行ってつないだ。また、退院2か月後に、退院後のケア会議を支援者だけで開催し、A氏への支援状況や付き合い方、困ったことなどについて地域保健師・ヘルパー・訪問看護師と話し合い、情報を共有した。その際、支援担当者は助言や相談に応じた。

## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

#### 本人の意向

- ・自宅へ退院したい。
- ・一人で過ごせそう。
- ・作業所の見学に行きたい。

#### 家族の意向

- ・本人にどの程度の生活能力があるのかわからない。食事のことが一番心配。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 住むところ

- ・父親と妹の3人暮らし。日中は一人で過ごすことになる。

#### 1日の過ごし方

- ・日中の過ごし場所として、作業所を検討する。退院後しばらくは簡単な家事を手伝いながら、生活することを目標にする。外泊の中で、できることとできないことを確かめ、サービスを検討する。

#### 医療・地域サービスの利用

- ・退院後は病状安定維持、悪化の早期対応のため、訪問看護が必要。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### # 1 外泊からゆっくりやっていく（外泊支援）

- ・ケア会議で外泊訓練について話し合い、支援の提案・助言や進行を行い、決まったこと、必要なことをまとめ、関係者の役割分担を明確にする（本人、家族、保健師、主治医、受持ち看護師、PSW、支援担当者）。
- ・外泊計画を立案し、外泊中の過ごし方を一緒に考える（本人、受持ち看護師、作業療法士）。
- ・SSTに参加する（本人、作業療法士）。
- ・退院前訪問（PSW、受持ち看護師、支援担当者）。
- ・退院後の生活についての情報収集（受持ち看護師）。

#### # 2 精神症状のコントロール

- ・服薬の自己管理の開始（本人）。
- ・外泊中の服薬確認、飲み心地について確認（本人、受持ち看護師、支援担当者）。
- ・訪問看護（退院後は訪問看護師）。

#### # 3 社会資源の活用

- ・自立支援医療の説明（PSW）。
- ・自立支援医療の手続き（家族、保健師）。
- ・自立支援サービスの申請（家族、保健師）。
- ・訪問看護の利用の調整（訪問看護師、支援担当者）。
- ・ヘルパー、作業所利用の調整（保健師）
- ・各関係機関への連絡・調整（PSW）。

**◇ ケア会議の内容****1回目：支援開始時／退院後に利用するサービスの検討**

## 参加者

- ・本人、父、保健師、主治医、受持ち看護師、PSW、支援担当者。

## 内容

- ・主治医から父親へ病状の説明を行う。
- ・退院に向け、通院や日中の過ごし方について話し合い、外泊中の退院前訪問、退院後に利用するサービスの検討等を行った。

**2回目：退院前／退院の準備状況の評価**

## 参加者

- ・本人、父、保健師、主治医、病棟師長、受持ち看護師、PSW、支援担当者。

## 内容

- ・病状、病棟での様子、外泊中の様子を通して退院前の準備の評価を行う。
- ・退院後に利用するサービスの内容や利用頻度を話し合った。

**◇ 退院後**

- ・退院後、支援担当者が初回の訪問看護に同行し、訪問看護師に情報を提供する。
- ・ケア会議の内容を訪問看護師に伝える。
- ・退院2か月後に支援者だけのケア会議を開催した。

**◇ 支援担当者と受持ち看護師の連携**

- ・退院支援の経験の少ない受持ち看護師のサポートとして、支援計画（看護計画）・外泊計画の立案、かわり方、支援の進め方について提案・助言・相談に応じた。

## 事例 2 ケア会議で本人と家族の意向を確認調整した B 氏

ケースの概要	
性別：女性	年齢：30 代後半
疾患名：統合失調症	入院期間：1 年
入院回数：3 回	転 帰：入院継続中
入院の経緯	
同居している家族（特に兄嫁）のことを気にしており、罪業妄想による自殺企図で総合病院に救急搬送される。腹部刺傷の治療を終えて、当院に入院となった。	
退院困難な理由	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・甥の成長など同居する家族の生活リズムの変化に、B 氏の生活リズム（療養ベース）が合わず、現状のままでは同居するのは難しい。</li> <li>・他者の援助がないと「何にもできない」「自信がない」という発言を繰り返す。トレーニングとしての様々な体験を勧めると「無理です」と拒否的な反応を示し、家族はそれを“わがまま”だと受け取っている。B 氏を支援する家族の負担が少ない方法で、療養生活を継続できることが必要である。そこで、地域生活を維持するためのサポートシステム構築を検討するが、本人の利用意欲が見られない。</li> </ul>	

### 1. 支援開始時の状況

精神症状は落ち着いており、生活リズムも整っていた。外泊もできて、特に問題なく過ごせる状態であった。しかし、キーパーソンである父親が、受験を控えている思春期の孫への悪影響を恐れて、「一生病院においてもらいたい」という意向を示していた。

### 2. モデル事業の経過

#### 1) 対象者選定から希望調査

B 氏を対象として選定したのは、病状が安定しており退院の可能性が見込まれること、福祉サービス等を利用することで退院後の家族の負担の軽減が予想されること、退院後は徐々に地域生活定着度が増す可能性があること等の理由からであった。しかし、本人と家族の今後の意向についての確認はできておらず、病院側から要請があれば外泊もできていたが、要請がないと行われなかった状況が続いていた。

B 氏も家族も受持ち看護師も、主治医の指示を待つという姿勢であったが、月 1 回程度面会を利用して家族と主治医が面談するなどの調整はできておらず、家族の意向を確認できていなかった。

早期の退院を促す目的もあり、B 氏をモデル事業の対象に選定し、本人の承諾を得た。まず、病棟スタッフに退院調整の必要性について説明を行い、患者・家族との面接の実施や生活ニーズのアセスメントや退院支援計画の立案実施に関する協力を依頼した。

患者希望調査は、受持ち看護師が中心に行うことを原則としたが、受持ち看護師が勤務していない時に家族が面会に来た場合や、病棟業務で時間がとれないこともあることを想定して、その際には支援担当者が代行して情報を伝達し共有化していった。患者希望調査によってアセスメントした B 氏と家族の生活ニーズを整理分析した結果、退院を望む B 氏と、退院を望まない家族という正反対のニーズが明らかになった。B 氏には二世帯同居という家族背景があり、家族間の感情を汲み取りながら、家族調整のための十分な話し合いを行う必要があると思われた。

#### 2) ケア会議について

B 氏のケア会議は、院内で本人のケアにかかわるスタッフの情報の共有化を目的に開始した。基礎的

データは支援担当者が整理して、ケア会議の資料として準備した。日程は受持ち看護師が勤務している日を設定し、他の病棟スタッフも参加できるようにナースステーションで行った。

1回目はスタッフを対象としたケア会議であったため、B氏は参加していない。ここでは、情報共有とその後の地域生活支援部門との連携方法についての確認を行った。2回目のケア会議は、家族の面会時に設定して開催した。そのため、主治医と受持ち看護師は参加できなかったが、B氏と家族それぞれの退院についての意向の確認と調整を主として行った。3回目は外泊時に設定し、暮らしの場でのアセスメントを目的に、受持ち看護師とPSWが自宅を訪問して開催した。そこでは、B氏と家族が同居生活をするうえで困ることについて言語化するように働きかけ、出されたことについて調整を行った。

今後は、長男家族の生活リズムに合わせた日常生活になっている現状に対して、B氏の生活リズムをどう調整していくかを話し合っていくことが必要になる。長男に受験生の子どもが2人いるので落ち着かないという状況があるため、B氏・家族と検討して、受験が終わるまでは院内のリハビリプログラムを利用しながら生活を整えていくことになり、入院を継続中である。

### 3) 支援計画の実施について

モデル事業を開始する前は、受持ち看護師がケア計画に行き詰っている状況にあった。アセスメント不足が原因と考えられ、不足しているアセスメントについては支援担当者が実施した。支援担当者のその他の役割として、受持ち看護師にはケア計画立案へのアドバイスをを行い、他のスタッフ協働して行うべきことについての支援を行った。

B氏は社会生活での体験が少なく「できない」「無理です」と発言することが多く、他者からのアプローチがなければ外出も希望しない状況であった。幻聴等の病状も確認され、病気を理解するためのアプローチも支援担当者が実施した。

以上の支援を実施することによって受持ち看護師はケア内容を具体化することができたため、その後はケア計画指導を行って協働していくこととした。現在、B氏へのアプローチは受持ち看護師が実施しており、家族調整は支援担当者が実施している。そして1月に退院の予定である。

### 4) 退院後のかかわりについて

B氏の自宅は遠隔地にあり、当院から訪問看護を行うことは難しい。そこで生活圏域で、B氏と家族が利用できる資源についての情報収集と提供を行っている。B氏は自立した生活を送ることが可能な程度の能力はあるが、それを活用する自信がない状態である。B氏が本来もっているセルフケア能力に働きかける方法を家族にわかってもらうことが必要である。家族がB氏を支えるためには、家族をエンパワメントする支援が必要になる。そのため、今後はPSW等と連携し、地域の支援ネットワーク構築に向けて調整し、ケアを移行していく計画である。



## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

#### 本人の意向

- ・ 自宅で家族と一緒に暮らしたい。

#### 家族の意向

- ・ 病院に一生おいてもらいたい。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 住むところ

- ・ 自宅が病院から遠方にあり、通院することに交通機関を利用する必要があるが、本人は利用について「無理です」と自信がないことを表明している。

#### 家族の意向

- ・ 家族が病気や障害について、どの程度理解しているか情報不足。

#### 医療・地域サービスの利用

- ・ 通院するには、家族の支援が現状では必要となる。また、地域で利用できる資源について情報が少ない。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### # 1 家族調整

- ・ 家族の意向についてアセスメントを行う（支援担当者、受持ち看護師、PSW）。
- ・ 地域生活で家族が不安に思うことと、本人が不安に思っていること具体化とズレの調整を行う（支援担当者、受持ち看護師、PSW）。
- ・ 面会の時（ケア会議2回目）に家族（父親）に退院の受け入れについての考え方を確認し、アセスメントを行う（本人、家族、支援担当者）。
- ・ 精神科医療の変化について説明し、地域生活を支援していく体制があることと、地域生活支援のための具体的な資源に関する情報提供を行う（本人、家族、支援担当者）。
- ・ 退院前訪問（ケア会議3回目）を行い、家族調整と関わり方の指導を行う。

#### # 2 地域資源の情報収集

- ・ 自宅周辺で利用できる資源に関する情報の収集をPSWに依頼する（支援担当者）。
- ・ 本人、家族への情報提供（支援担当者、PSW）。

#### # 3 病気理解へのアプローチ

- ・ パンフレットを用いて本人への心理教育（病気の理解学習会）を行う（受持ち看護師、支援担当者）。
- ・ 生活上の支障に病気がどのように関連しているのか具体的に話し合い、対処方法を検討し、実践する（受持ち看護師、支援担当者）。

**◇ ケア会議の内容****1回目：支援開始時／情報の共有と治療方針の確認**

## 参加者

- ・主治医、受持ち看護師、支援担当者、病棟スタッフ、作業療法士。

## 内容

- ・スタッフを対象に基礎的データの確認と情報の共有化、治療方針の確認を行った。

**2回目：家族の面会時／今後の生活の意向を確認**

## 参加者

- ・本人、父親、支援担当者。

## 内容

- ・本人と支援担当者で今後の生活についての意向を確認する。父親より家で家族と共に話し合っ、今後について検討したいとのこと。

**3回目：外泊時／自宅で困っていることをアセスメント**

## 参加者

- ・本人、両親、受持ち看護師、支援担当者、PSW。

## 内容

- ・外泊時に訪問。自宅で本人、両親と暮らしの場で困っていることについてアセスメントし、調整を行う。

**◇ 支援担当者と受持ち看護師の連携**

- ・情報のアセスメントを行い、受持ち看護師にケア計画のアドバイスをを行った。
- ・ケア会議の日程を受持ち看護師が勤務している日に設定した。

# 事例3 あせらず、ゆっくり、幻聴との付き合い方を考えたC氏

<b>ケースの概要</b>	
性別：女性	年齢：30代前半
疾患名：統合失調症	入院期間：6か月
入院回数：8回	転帰：退院（退院先・家族同居）
<b>入院の経緯</b>	
C氏は症状の再燃をくり返し、悪化するとパニックになりやすい状態となった。それでも状態が不安定ながら通院を続けていたが、自宅での生活が難しくなり、入院して休養したいと受診後、入院となる。	
<b>退院困難な理由</b>	
・症状（主として幻聴、被害妄想など）が悪化して安定しない。	

## 1. 支援開始時の状況

入院して3か月が経過して、退院のめどがたった頃に、幻聴、妄想等が出現して状態が悪化した。本人は退院を希望したが、許可が出ない状況であった。症状の再燃によって家族との関係もうまく保てなくなっていた。家族の不安は強く、どのように本人とかわかっていたらよいか、医療スタッフ（医師、看護師など）とどのように連携したらよいか悩んでいる状態であった。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

モデル事業の対象としてC氏を選定したのは、支援担当者と、主治医、PSWとの検討会であった。選定した理由は主として以下の4点である。

- (1) 本人・家族に退院の希望がある。
- (2) 退院後、地域サービス利用が予想される。
- (3) ケア方法について病棟スタッフから支援担当者に相談事例として挙がっていた。
- (4) 家族から、かわり方について悩んでいるとPSWに相談があった。

C氏の承諾を得て、患者希望調査を実施し、本人と家族から得られた情報に加え、本人にかかわるスタッフからの情報も収集した。病棟スタッフへの伝達は、調査票に示して随時提供した。

調査後の本人への確認は、アセスメント用紙の項目に沿って図式化する等の工夫をして行った。確認の際に本人から「幻聴があると心がざわついてくる。そうになると人の話が聞き取りにくくなる。相手に『何?』と聞き返したりすることが多くなると『申し訳ないな』という気持ちになる。なのにイライラした気分にもなって、ついキツイことを言ったりする」と、生活上の困りごとの訴えもあった。

C氏の最大の困りごとは幻聴であった。「それは症状なので、家族と一緒に生活している時にも起こる。しかし、家族には聞こえないのでそのことを先に伝えた方が良いのではないだろうか」と提供すると、「ああ、そうか」と本人なりに考える機会となり、患者希望調査の場面がアプローチのチャンスとなった。患者希望調査はスタッフ側の一方的な聞き取りではなく、本人が自分の気持ちを言葉で表現できることを第一に考える必要があることをあらためて認識した。

### 2) ケア会議について

C氏のケア会議は、モデル事業開始1か月あまりで退院となったため、入院中よりも退院後の回数が多く、地域生活定着に向けてのケア会議が中心となった。参加者の選定は、患者希望調査に基づいて立

案した支援計画実施状況に合わせて支援担当者が決定し、招集した。院内で実施する際の日時の設定は、受持ち看護師の勤務と本人の体調を中心に調整をした。受持ち看護師を含む病棟看護師とはケア計画について本人を交えて実施していたため、他職種との情報共有と連携方法についての検討が初回会議の内容であった。2回目は、退院日に実施した。本人は家族に負担をかけたくないと無理をする傾向があり、「がんばらなければ」と焦り始めることが考えられた。家族は本人の不安や焦りの気持ちが見え、がんばりに期待する傾向がこれまでにはあった。

そこで、「あせらず、ゆっくり」を合言葉に無理をしてしまうポイントを本人と家族が共に理解し、がんばりすぎない生活と支え方についてを、訪問看護を通して継続的に指導していくことを確認。退院後のケア会議は、訪問看護の中で実施している。退院して初回の会議は受持ち看護師が同席した。

### 3) 支援計画の実施について

C氏の支援計画のポイントは無理をしない過ごし方にあるため、作業療法等既存のプログラムの活用は控え、症状特に幻聴との付き合い方を本人と共に考えることを中心に行った。

定期的にセルフケア査定を行って、「現在、生活するうえで困っていることは何か」、「その原因は何か」、「困ったことを解決するためにはどんな方法があるのか」、「方法の実施で不安なことはないか」、「あればその不安を軽減するために何が使えるか。どんな方法があるか」等を具体的に話し合っていた。

退院後、家族と同居したC氏が自分以外の人を活用して「幻聴やそれに伴う精神的負担を軽減する方法」を選択したのは家族がC氏の支え方について迷っていたからでもあった。

退院を望む本人と家族の意向を支援するために、生活上の問題についてアプローチするのは看護が中心となる。そのため、受持ち看護師が夜勤時は、支援担当者が連続的に計画を実施できるようにした。また、家族の面会があった時には必ず病棟から支援担当者に連絡をするようにし、支援についての説明を家族に対して行い、共有化していった。

### 4) 退院後のかかわりについて

退院後3週目の外来診察の時に、本人から作業所に行きたいという意向が出された。主治医は、本人が希望するならば、無理のないペースで利用する方がよいのではないかと判断し、本人に任せると返答した。しかし支援担当者は、退院後の睡眠状況や生活状況が確認できていないため、セルフケア査定を行って不安や焦燥感が背景にないか本人と確認する必要があると考え、外来部門スタッフとのケア会議を実施し、作業所利用前に訪問看護を実施することとした。

訪問看護を行った結果、夜間の中途覚醒があり、また日中も「何もせず遊んでいる」という幻聴に悩まされて不安焦燥感が強くなっていることが確認された。しかし本人の「作業所を利用してみたい。試してみたい」という意思が強いため、「無理を探る。無理のないペースを探る」ということを目的に作業所を利用してみることにした。また本人の希望により、現在の本人の状況の把握と、当日の見守りなど支援の依頼のために、作業所職員とのケア会議を実施した。その時、作業所利用後に次回ケア会議を行うことを計画した。

作業所を利用した後、本人から参加状況について「自分のことで一生懸命で作業できずイライラした。途中から戸惑うことも多く、わからなくなることもあった」と発言あり、無理をしていることが確認できた。作業所利用後のケア会議は、本人、家族、作業所職員等が参加して本人の自宅で実施した。会議の結果、今は顔を見せる程度がC氏にとって無理のないペースであるということがわかった。

今はまだ回復段階にあるが、入院前に作業所を利用していた頃と同じ量まで薬を減らして調整できるということを本人に伝え、今はゆっくりと休んでバランスを整えるよう、支援を続けている。

## 支援の流れ

### ◆ 患者希望調査により本人の意向を確認

- ・ 自宅で家族と共に暮らそうと思う。
- ・ いろいろな音が気になると頭がざわつく。
- ・ 退院した後は病院のデイケアを利用したい。その後は、自分で利用できる場所は保健所デイケアや支援センター等積極的に利用したい。

### ◆ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

- ・ 症状との付き合い方について、現在の方法が適切か、本人と共に検討していく。
- ・ 知っている社会資源や利用したことのある社会資源がたくさんあるが、必要以上に無理をしてしまう傾向がある。
- ・ 無理をしている状態を本人が自覚できるような SOS サインを見つけていく必要がある。

### ◆ 主な支援計画と支援内容

#### # 1 症状との付き合い方

- ・ セルフケア査定を本人と共に実施（受持ち看護師、支援担当者）。
- ・ 不足していることについて確認（受持ち看護師、支援担当者）。
- ・ 不足部分を充足するためのケアプランを共に計画（受持ち看護師、支援担当者）。
- ・ 週に1回、C氏とふりかえりの時間をつくり、計画の実施評価をする（受持ち看護師、支援担当者）。

#### # 2 本人とのかかわりについて家族へ支援

- ・ 家族の希望があった時や面会の時に、本人へのかかわり方と治療について説明をする（支援担当者、PSW）。
- ・ 家族面会時、時間を別にとって家族の迷いについてアセスメント、必要なケア方法をアドバイスする（支援担当者、PSW）。
- ・ 病気の理解と関わり方についてのパンフレット等を用いて情報提供する（支援担当者、PSW）。

#### # 3 退院後の生活スケジュール

- ・ 退院後の生活スケジュールを本人の状態に合わせて検討する（支援担当者、受持ち看護師、外来看護師、PSW）。
- ・ 外泊を実施し、自宅での状態について、本人と共にふりかえる（支援担当者、受持ち看護師、外来看護師、PSW）。

### ◆ ケア会議の内容

#### 1回目：他職種との情報共有と連携方法を検討

##### 参加者

- ・ 主治医、受持ち看護師、支援担当者、病棟スタッフ、作業療法士、PSW。

##### 場所

- ・ 病棟ナースステーション。

##### 内容

- ・ 患者希望調査に基づき、支援計画を病棟スタッフと検討、それぞれの役割について確認した。

#### 2回目：退院後の治療計画について確認

##### 参加者

- ・ 主治医、受持ち看護師、外来看護師、支援担当者、本人、家族（母親、妹）、PSW。

##### 場所

- ・ 外来診察室。

## 内容

- ・退院日、主治医から本人と家族へデイケアや作業所は利用せず、訪問看護で様子を見ることを説明する。
- ・本人・家族と「あせらず、ゆっくり」を合言葉に無理をしないことを確認する。
- ・外来看護師と薬の副作用や生活リズムについて情報提供、外来のフォロー体制を構築する。

## ◇ 退院後

- ・外来受診時に本人から作業所を利用したいという意向があり、ケア会議を開催した。

## ケア会議3回目：退院3週間後／本人の作業所を利用したいという意向について検討

## 参加者

- ・受持ち看護師、支援担当者、PSW。

## 場所

- ・院内の会議室。

## 内容

- ・作業所の通所について、あらかじめ主治医の意見を確認し、これまでの入退院の経過を踏まえ、利用することが妥当か話し合う。
- ・受持ち看護師より、ゆっくり休むことが苦手なC氏が休めているか心配という意見があった。
- ・受持ち看護師とPSWで訪問看護を行い、現在の生活状況や本人の意志を確認していく。

## ケア会議4回目：作業所の利用に向けての情報交換

## 参加者

- ・作業所職員（3名）、受持ち看護師、PSW。

## 場所

- ・作業所。

## 内容

- ・「無理をしないように作業所を利用する」という目的を支援するため作業所指導員と作業所の利用について話し合う。
- ・受持ち看護師、PSWより、現状の説明する。
- ・本人への支援を検討し、作業所の利用後に再度ケア会議を行うこととする。

## 5回目：作業所の参加状況を確認／今後の利用について検討

## 参加者

- ・本人、家族（母親）、作業所指導員、支援担当者、PSW。

## 場所

- ・C氏の自宅。

## 内容

- ・作業所指導員より、ゆとりがなく大変そうに見えたことC氏に伝え、C氏も気持ちのゆとりのなさを認め、出席者で気持ちの焦り、1日の過ごし方について共有する。
- ・今後の作業所の利用および生活について一緒に検討する。  
家事の分担（自分の身の回りのことにとどめる）／作業所は続けてはいかない（短時間の利用からはじめる）／退屈が苦痛を感じる時は病院に電話し、外来スタッフと話をし、必要に応じて訪問する。

## ◇ 支援担当者と受持ち看護師の連携

- ・病棟スタッフから支援担当者に相談があり、支援を開始することになった。

# 事例 4 病識がなく、服薬中断を繰り返した D 氏

ケースの概要	
性別：女性	年齢：20代後半
疾患名：統合失調症	入院期間：49日間
入院回数：5回	転帰：退院（退院先・家族同居）
入院の経緯	
<p>1年前にZ病院を初めて受診する。以後、入院期間は短期間であるが入院退院を繰り返す。服薬の必要性について理解しておらず、拒薬傾向がある。退院するとすぐに就労するものの、長続きはせず、そのうち外来受診もしなくなり、服薬も中断していた。しだいに「嫌がらせをされる」など被害関係念慮、幻覚妄想が活発化し、両親に対しても攻撃的となり、興奮状態で入院となった。今回、約2か月の入院加療後、本人の希望もあり退院するが、数日で再燃。再入院となる。</p>	
退院困難な理由	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病識がない。</li> <li>・服薬中断のリスクが高い（向精神薬を飲むと働けなくなると思っている）。</li> <li>・家族との間の気かりに対して被害的になりやすい。</li> <li>・被害的な思考、他者との関係性に緊張や不安が生じると病状が悪化する。</li> <li>・本人にとって、退院直後の就労は、再発のリスクが高いと考えられるが、本人は就労を強く希望している（本人が思い描く生活のしかたと今の状態にギャップがある）。</li> </ul>	

## 1. 支援開始時の状況

D氏は入院当初には、妄想や興奮がみられたが、入院後約1か月経過した頃には被害的な内容の話は聞かれなくなり、精神症状は比較的落ち着いた。また、服薬についても拒否することなく自ら定期的に服用でき、入院生活のなかでは穏やかに過ごすことができた。病状が安定するとD氏は、入院生活の窮屈さに苦痛を訴え、退院を強く希望するようになった。そこで、医師と両親を交えた面談が行われ、現在の病状と本人と家族の意向を含めて今後について話し合い、その結果、モデル事業への参加の承諾を得て退院に向けて準備していくことになった。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

D氏は服薬の必要性についての理解が十分ではなく、退院するとすぐに服薬を中断してしまうため、治療の継続が難しかった。またD氏は就労への意欲が高い反面長続きせず、短い間の転職を繰り返していた。そして人と接することに緊張感や不安が生じやすいために対人関係でつまずきやすく、また、被害的な思考は家族との関係性にも不調和を生じさせており、これらのことは病状の悪化に影響していると考えられた。

このような経過から、D氏の場合はできるだけ早期に退院し、実際の生活の場で安定した生活を構築するための準備をしていく必要があると考えられた。D氏の支援については、D氏が物事を被害的に捉えやすいことや、他者と関係性を作ったり、維持することが難しい傾向性も考慮し、退院後の継続した支援の必要性もあることから、支援担当者が中心にかかわることとなった。

患者希望調査については、支援担当者が病棟に数回訪問しD氏と面会して行った。D氏の支援に必要な情報は、病棟の看護師や受持ち看護師、カルテなどからも得た。D氏は「退院して早く働きたい」と話し、生活するにあたっての気かりとしては、家族への被害的な思いや服薬に対しての抵抗や不安

を話した。D氏の望む生活を実現するためにはまずは服薬の継続が必要だと考えられたが、D氏はそうとらえておらず、支援者との間に認識のズレがあった。

そこで、D氏自身も自分の課題としてとらえて取り組めるようにするために、再入院になっている経過などを一緒に振り返り、服薬継続への動機づけを行った。そして、「自分に合った薬を見つける」という目標を掲げた。また、就労への希望については、退院後は、まず自宅での生活リズムを作ることを目標にし、徐々に就労を目指すことにした。

#### 2) ケア会議について

D氏のケア会議は、入院中に3回開催した。D氏の場合は、主治医から家族に対して行われる面談の場をケア会議として設定し、支援担当者や受持ち看護師が同席する形で行った。日程調整は、受持ち看護師が行った。ケア会議の進行は主に主治医が担当し、会議の前半はD氏を交えず、治療や支援の方向性について話し合った。その後、D氏を交え意向を聞いて具体的な支援について話し合った。1回目は入院後10日目に行い、家族へ主治医からの病状説明と今後の治療の方向性についての共有を行った。2回目は、病状が落ち着いた頃（入院後約1か月）に、「退院準備ケア会議」として開催し、退院場所の決定、退院にあたっての課題や具体的な支援、退院の時期について検討した。3回目は、退院前（退院日の3日前）に「退院前ケア会議」として開催し、現状を評価して、退院後の生活の課題を明確にした。また退院後に必要なサービスとして訪問看護の利用を検討した。支援担当者が出席できなかったケア会議もあったが、後日、内容を伝えてもらい把握した。

これらのケア会議の記録については、支援担当者が記載した。

#### 3) 支援計画の実施について

支援計画書については、D氏の意向とケア会議で検討した支援の内容や役割分担をふまえて支援担当者が立案し作成した。そして受持ち看護師に提示し、病棟の看護師の役割（主に服薬への動機づけや、服薬自己管理への支援）について確認した。支援担当者はD氏との個別的なかわりが多く、両親との関係性についてD氏と一緒に話し合い、付き合い方についての助言や提案を行ったり、退院後の生活のしかたについても一緒に考え具体的に計画を立てた。服薬の支援については、特に頻回に病棟看護師との間で情報の交換を行いながら、服薬への動機づけを行った。服薬指導では、あらかじめ薬剤師にD氏の情報を提供し、指導には支援担当者が同席した。一泊二日の外泊の際は、受持ち看護師と検討して、支援担当者が退院前訪問を行った。家族の気がかりについても相談に応じ、支援担当者が主にかかわった。支援担当者が行った支援については看護記録に記載し、受持ち看護師には支援の進行状況を報告した。

D氏の支援の場合は、支援担当者が支援のマネジメントを行い、ケア会議以外でも適時主治医や受持ち看護師と支援内容を検討しながら役割分担を行い、支援を進めていった。

#### 4) 退院後のかかわりについて

退院後は支援担当者がD氏にかかわり、週1回の訪問看護を実施して、服薬指導や家族との付き合い方、生活のしかたや仕事の選び方などについてD氏と一緒に話し合い、そのなかで助言や提案を行った。また、外来診察時にも同席し、医師と適時支援の検討を行った。退院後1か月で、訪問看護は2週に1回となり、退院後約2か月で支援は終了したが、現在は危機的な状況の時に介入し、適時、電話や訪問で生活状況を把握したり、D氏と家族の相談に応じている。



## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

- ・退院して早く仕事をしたい。
- ・仕事のことを考えると薬の量を減らしたい。
- ・精神科の薬を飲み続けることに不安や抵抗があります。
- ・薬を飲むと、倦怠感、眠気がある。自分は統合失調症ではないと思う。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 1日の過ごし方

- ・仕事でストレスがかかると病状が悪化し、妄想が出現する。
- ・就労への移行を段階的にすすめるため自分の病状に合わせた生活ができるよう支援する必要がある。

#### 医療・福祉サービスの利用

- ・退院後、服薬を中断してしまう。
- ・病名を告知されているが、病識が不十分である。
- ・薬の内容や、作用・副作用、量に関心があるが、服薬中断のリスクが高い。服薬支援・家族調整のため訪問看護が必要ではないか。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### #1 就労にむけて安定した生活をする

- ・退院後の生活の仕方について一緒に話し合う（本人、支援担当者）。
- ・退院後は診察に同席し、生活の状況、気がかりについて、服薬状況などを聞き、生活や仕事の仕方などについて、助言・提案する（本人、支援担当者）。
- ・生活指導を行う（本人、支援担当者）。
- ・訪問看護を行い、日中の過ごし方について指導、助言を行う（本人、支援担当者）。

#### #2 服薬支援（自分に合った薬を見つける）

- ・服薬指導について主治医、受持ち看護師に提案（支援担当者）。
- ・服薬指導を行う（薬剤師）。
- ・自己服薬（本人、病棟看護師）。
- ・薬物調整（医師）
- ・薬をきちんと飲む、飲み心地を伝える（本人）。
- ・薬の相談にのる、薬の必要性を説明する（支援担当者、病棟看護師）。
- ・退院後は訪問看護を行う（支援担当者）。

## ◇ ケア会議の内容

### 1回目：入院10日後／病状と今後の治療の方向性について

#### 参加者

- ・主治医、受持ち看護師、支援担当者、父、本人。

#### 内容

- ・医師より家族へ病状説明をする。
- ・家族から見る本人の状態や気づきについて情報を得る。
- ・まずは、薬物療法を続け、退院後の生活の場も検討していくことになる。

### 2回目：入院約1か月後／退院準備に向けて

#### 参加者

- ・主治医、病棟師長、両親、本人。

#### 内容

- ・医師より退院までの準備について説明。
- ・自宅への退院について同意を得る。
- ・退院にあたっての課題・支援の検討を確認する。
- ・自己服薬や症状悪化の原因とサインを確認し、本人と話し合っていく必要があることを確認する。

### 3回目：退院後の生活の課題を話し合う

#### 参加者

- ・主治医、病棟主任、支援担当者、両親、本人。

#### 内容

- ・外泊の様子、家族とのかかわりの様子から現状を評価する。
- ・退院後の生活の仕方について、しばらくは家での療養生活が必要であること、生活のリズムを守ること、服薬を続けることを確認する。
- ・退院後の医療サービスを調整、外来受診（1回／週）、訪問看護（1回／週）となる。
- ・退院後の支援の方向性として就労できるように支援をすること、家族と関係性を保つための支援していくことを確認する。
- ・本人、家族の意向を確認し、退院日を決定する。

## ◇ 退院後

- ・訪問看護（1回／週→1回／2週、支援担当者）。
- ・外来受診（1回／週→1回／2週）。

## ◇ 支援担当者と受持ち看護師の連携

- ・D氏は他者との関係を築いたり、維持することが難しいため退院後もかかわることができる支援担当者を中心にかかわることになった。
- ・病棟看護師に退院後の生活を考え、入院中の支援を提案した。

# 事例 5 高齢で身体的な障害ももちながら、自宅へと退院した E 氏

ケースの概要	
性別：女性	年齢：70代後半
疾患名：統合失調症	入院期間：約5か月
入院回数：1回	転帰：入院継続中
入院の経緯	
30年近く、他院で治療を受けていた。本人は病識がなく通院を拒否するため、夫が液剤を服用させていた。2～3年前より服薬を中断し、その後不調となり「毒を飲まされる」「自分のことが政治問題になっていて国会で話題になっている」など妄想活発となり、入院となった。	
退院困難な理由	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幻覚妄想が固定化している。</li> <li>・ 病識がない。</li> <li>・ 服薬が困難。</li> <li>・ 定期的な通院が困難。</li> <li>・ 活動に対して意欲がない。</li> <li>・ 高齢の夫のサポートしかない。</li> <li>・ 右下肢麻痺による身体障害があり、日常生活に援助が必要。</li> </ul>	

## 1. 支援開始時の状況

入院後に脳腫瘍が発見され、大学病院で手術を受けた。その後に麻痺が生じ、右下肢麻痺となる。自発性はなく、人とかかわりを嫌い、自室から出ようとしない。自室でほとんど寝たきりの状態で、生活上の働きかけにはなかなか応じようとしない。廃用症候群を生じており、リハビリ中ではあるが、消極的である。夫に対して関係被害妄想がある。退院を希望している一方で、家には居場所がないと思っている。服薬はできているが、服薬に対して拒否的で時に拒薬することもある。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

E氏はリハビリに対する意欲が低く、生活全般に介護が必要な状態であるものの、退院を希望していた。E氏に対して夫は、自力歩行が可能な状態になることを期待していた。受持ち看護師は、入院して夫と離れていることへの不安や寂しさが妄想の形成に影響し、さらに活動意欲の低下につながっているのではないかと考えていた。E氏が退院するためには、夫の理解や日常生活に必要なサービスの調整などさまざまな課題があると考えられた。受持ち看護師より退院支援の依頼を受け、E氏の承諾を得たのでモデル事業を開始した。E氏の患者希望調査では、まず病室に訪問して退院への意思を確認した。E氏は退院したいと話す一方で自分が帰ると家族に迷惑がかかることも話し、悲観的な言葉も多く聞かれた。調査の結果は「自宅に退院したい」というE氏の意向を目標にして支援していくことにした。支援の課題については、受持ち看護師と一緒にE氏の性格傾向や家族状況、ADLの状況、服薬状況、夫の思いをアセスメントして退院後の生活のイメージを想定しながら明確にした。

### 2) ケア会議について

E氏の退院に向けてのケア会議は、入院中に3回開催した。E氏の退院支援として、まずは夫に退院を理解してもらう必要があった。そこで、主治医に夫への病状説明と今後の方向性について面談を行っ

てもらうことにした。そして、この面談をケア会議（1回目）として設定し、支援担当者、受持ち看護師、PSWも同席した。会議では、退院を考えるにあたっての課題として拒薬やADLの問題を明確にした。E氏の希望や夫の不安を考慮し、今後の支援の方向性としてまずは外出から始め、その際退院前訪問を行い生活状況の把握をすることについて話し合った。その後、試験外出を行ったが、夫が「もう少しリハビリを続けてほしい」との希望があり、しばらくの間リハビリを継続することになった。その間、夫には退院後の生活を考え介護保険の申請を提案した。

途中E氏の病状が不安定となったこともあり、2回目のケア会議は1回目のケア会議から3か月後に開催した。開催の時期については、E氏の病状やリハビリの評価をふまえ、受持ち看護師に相談して決めた。日程調整については病棟の看護師が行った。E氏の今後の見通しとしてはベッドサイドにポータブルトイレを置いての生活が現実として想定されたため、会議には院内の介護支援専門員にも参加してもらい、在宅での生活がイメージできるようE氏の介護度で利用できるサービスについての説明をもらった。夫が退院への理解を示したので、外泊をして必要な支援を検討していくことを提案した。ケア会議終了後には、支援者だけで話し合いの場をもち、今後の支援内容を具体的に決めて役割分担を行った。外泊後に夫から退院の希望があったため、ケアマネジャーと連携を取りながら具体的なサービス調整を行った。3回目のケア会議は、退院日が決定した後に開催した。日程調整はPSWが行った。その際、退院後利用するサービス事業所（デイサービスや、介護用品レンタル業者）への連絡と召集はケアマネジャーが行った。これらのケア会議の進行は支援担当者が行い、出席できない関係者に対してはあらかじめ会議の方向性を伝えて、必要な情報を得ておき、ケア会議の内容を伝え共有に努めた。

### 3) 支援計画の実施について

地域生活移行支援計画については、患者希望調査票を基にして受持ち看護師とアセスメントを行い、支援担当者が作成した。実施の役割分担としては、服薬への動機づけや服薬管理、退院後の服薬方法の検討などの服薬支援、リハビリの促しなど、E氏の意欲を支え高める援助については、受持ち看護師を中心に病棟の看護師に担ってもらった。外泊計画は、支援担当者と受持ち看護師が夫と相談しながら一緒に立てた。退院前訪問では、理学療法士や作業療法士にも同行してもらい、実際の生活環境を考慮したりリハビリプログラムを組んでもらうとともに、住宅改修へのアドバイスや必要と考えられる介護用品について一緒に考えてもらった。また、ケアマネジャーにも同行してもらい、提供するサービスの検討を一緒に行った。介護保険など制度の説明については、PSWに依頼した。支援担当者は全体のコーディネートを行い、ケア会議以外でも、各専門職とその都度必要な支援を検討した。支援の進捗状況については、その都度受持ち看護師に伝え、情報を共有することに努めた。退院前にはケアマネジャーと連携を密に取り合い、E氏の傾向性などの情報提供を行いながら在宅サービス調整への援助を行った。

### 4) 退院後のかかわりについて

退院後、E氏は外来診察（1/2週）、訪問看護（1/2週）、ヘルパーサービス（1/週・入浴介助）、デイサービス（1/週）を利用している。訪問看護は当院の訪問看護ステーションの利用であり、初回訪問は支援担当者が行い、2回目からは訪問看護師に同行して引き継いだ。現在、退院後3週間が経過したが、ケアマネジャーからの支援の相談にも応じている。

## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

- ・自宅へ退院したい。
- ・人とのかかわりは苦手。
- ・「薬を飲むと馬鹿になる」「動きたくても足が動かない」「夫は妹と結婚してしまった」と話す。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 住むところ

- ・右下肢麻痺があり、日常生活を送るのには援助が必要である。退院にあたり、夫の介護が頼りであるが、夫も高齢である。通院が出来るかどうか分からない状態で、医療の継続が難しい。

#### 1日の過ごし方

- ・これまででも、ほとんど夫と二人で過ごすことが多かった。入院中も自室で寝たきりの状態。活動への意欲もない。集団で過ごすことは好きではない。

#### 医療・地域サービスの利用

- ・病識がなく、薬に対しても拒否的、服薬の促しが必要である。夫に対して慢性的な妄想があり、悲観的である。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### #1 ADLの向上

- ・自室のトイレに自分で歩いて行くよう頑張る（本人）。
- ・リハビリ室での訓練を続ける（本人・理学療法士）。
- ・リハビリを促し、E氏の意欲を支え高める（受持ち看護師、病棟の看護師）。

#### #2 服薬継続

- ・薬をきちんと飲む（本人）。
- ・服薬を促す・必要性を説明する（病棟の看護師）。
- ・薬物調整（医師）。

#### #3 サービス調整

- ・介護保険制度の説明（PSW）。
- ・介護保険の申請手続き（夫）。
- ・ADLの評価・在宅環境の評価（PT）。
- ・可能なサービスの提案・情報提供（院内ケアマネジャー）。
- ・介護認定調査（院内ケアマネジャー）。

## ◇ ケア会議の内容

### 1回目：家族（夫）へ退院について説明し、方向性を検討する

#### 参加者

- ・ 家族（夫）、支援担当者、受持ち看護師、医師、PSW。

#### 内容

- ・ 医師より病状説明を行った。
- ・ 服薬が拒薬傾向であること、ADLの問題があることが退院に向けての課題である。
- ・ 夫は、服薬や妄想の訴え、K氏のADLについて不安があり、もう少し歩けるようになってほしいと希望している。
- ・ 今後の支援。  
本人は外出を希望しているので本人の思いを尊重し、まずは外出から始めてみる。  
退院前訪問を実施し、生活状況を把握していくことになった。

### 2回目：病状やリハビリの評価を行い、退院後の支援について検討する

#### 参加者

- ・ 家族（夫）、支援担当者、病棟の看護師、医師、院内の介護支援専門員。

#### 内容

- ・ 医師より、今後の見通しについて、歩行状態が改善していくことが難しいためベッドサイドにポータブルトイレを置いての生活が現実的であることを説明。サービスを利用しながらの生活を検討する必要があることを説明する。
- ・ 外泊を行い、今後必要となる具体的な支援を検討していくため退院前訪問で入浴介助を行い、どれくらいの介助が必要かを検討し、サービスを調整することになる。

## ◇ 退院後

- ・ 外来通院 1回／2週。
- ・ 訪問看護 1回／2週。
- ・ ヘルパーによる入浴介助 1回／週。
- ・ デイサービス 1回／週。

## ◇ 支援担当者と受持ち看護師との連携

- ・ 病棟に訪問し、E氏の意向などを聞いた。
- ・ 退院後に必要な支援について受持ち看護師、医師、家族（夫）に提案、助言をした。
- ・ ケア会議の時期を受持ち看護師に提案した。

# 事例 6 家族の拒否によってグループホームへ退院した F 氏

ケースの概要	
性別：男性	年齢：50代後半
疾患名：統合失調症	入院期間：3年11か月
入院回数：8回	転帰：退院（退院先・グループホーム）
入院の経緯	
<p>X-4年10月R病院を退院後は作業所に通ったり、畑仕事や草刈をして安定して過ごしていた。しかしX年8月頃より、気分高揚、多弁、多動などが目立つようになった。通院も不規則であったため主治医が決まっておらず、さらには本人の服薬自己調整によって精神症状が悪化した。今回は「護身用だ」といってナイフを振り回しながら、激しく入院を拒否するという状態での入院であった。</p>	
退院困難な理由	
<ul style="list-style-type: none"> <li>拒薬があり、治療に対する協力がなかなか得られず、精神状態が安定するのに時間がかかった。</li> <li>経済的に厳しい状況にあり、自宅への退院に対して家族の強い拒否があったため退院支援が困難な状況であった。</li> </ul>	

## 1. 支援開始時の状況

拒薬・離院傾向があり、他患に対する過干渉、スタッフに対する威圧的な態度等もあって、開放病棟から閉鎖病棟への転棟を繰り返していた。その後閉鎖病棟での治療を続け、他患への過干渉や指示的態度はみられるものの、拒薬はなくなって徐々に精神状態は安定した。几帳面な性格もあり、病棟での生活はほぼ問題なく、退院の意思を口にする機会が多くなっていった。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

本人は「退院したい」と強く希望し、主治医も看護師も「今なら退院ができる状態である」という判断であったが、家族は過去のF氏の病状と母親の高齢を理由に退院については拒否的であった。PSWが家族に対して退院に向けての調整をしたが同意が得られず、F氏はイライラ感を強めていた。そこで、支援担当者がモデル事業の説明を本人と家族に行い、承諾を得て退院に向けての準備をすることになった。

F氏は退院に向けて意欲的であったが、「本当は家に帰りたけれど、義姉が強硬に反対しているから無理かもしれない。病院の近くで1人暮らしをするのは、経済的に無理な気がする」と話していた。

### 2) ケア会議について

(1) 参加者:F氏、家族（母親）、主治医、受持ち看護師、PSW、デイケアスタッフ（看護師）、支援センター職員など。

(2) 会議の目的：退院先の決定と支援体制の明確化によって本人と家族の不安を軽減し、地域生活への移行のための調整を図る。

(3) 会議の経過：各支援者の自己紹介の後、主治医より病状および治療経過の説明があった。続いて、病棟看護師が病棟での生活状態の説明を行った。その後、退院先の候補を挙げ、どこに退院するかを決定した。さらに、退院後の支援体制について確認を行った。

退院先について、家族は「グループホームなら承諾する」と言い、F氏は「退院できるなら、そこでごんばってみる」と話した。ケア会議の前に自立支援員と受持ち看護師がF氏と面接し、グループホー

ムでの生活にかかる費用などについて説明していたので、決定に時間はかからなかった。支援センターからグループホームでのルールや支援体制について説明し、支援担当者は日中の過ごし方について提案し、会議で決定した。

家族は、このようなやり取りのなかで、顔の見える関係で作られた支援体制と、本人の考えをしっかりと聞く支援者の姿勢に安心感をもったようである。

### 3) 支援計画の実施について

まず、本人と支援担当者が退院後の生活についてのイメージを作っていくことから共同作業が始まった。その中で利用できるサービスや支援について情報提供し、退院後の生活イメージを具体化していった。また、デイケアや支援センター、グループホームの見学や体験入所も実施した。

### 4) 退院後のかかわりについて

母親の元を離れ、生活保護を受給することによって生まれて初めて経済的に自立し、自炊生活を始めた。退院当初は、他の入居者の行動に過干渉で対人関係のトラブルがあったり、金銭管理の問題なども目立っていた。そのようなときには、夜中でも自分で支援センターに電話して解決の方法を相談していた。また、支援担当者や受持ち看護師が必要に応じて訪問し、安定した生活ができるように支援を行った。本人が支援センターの職員や支援担当者に対して、支援してもらいたいことや訴える内容をうまく分けて伝えることができていたため、両者の役割分担が自然にできていた。退院後1か月間は夜間も不安になって支援センターに電話することもあり、支援センターで対応していたが、徐々に生活に慣れて夜間の緊急電話も少なくなった。

退院してから間もなくで3か月というときに自立支援員に「入院させてもらいたい」と電話をかけてきたことがあった。訪問して理由を尋ねると、「経済的にしんどくなって…」ということであったため、すぐにケア会議を開催して生活の工夫について本人と各支援者とで話し合った。その結果、入院には至らず、地域での生活が継続できている。



## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

#### 本人の意向

- ・退院したい、徐々に仕事をしたい。
- ・グループホームに行きたい。母との話し合いで、可能であれば自宅に帰りたい。
- ・訪問看護必要はないと思う。
- ・お金の管理が心配。

#### 家族の意向

- ・母親はできるだけ病院に入院していた方が良くはないかと考えている。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

- ・家族との関係から、グループホームへの退院を考えている一方、自宅への退院を希望する思いもある。本人の思いを大切にしながら、今後の家族関係が良好に維持できるような援助が必要。
- ・病棟では、作業療法に積極的に参加し規則正しい生活ができています。几帳面な性格もあり、自分なりに計画性をもった生活が送れるのではないかと考える。無理をせず、余裕をもった生活設計が立てられるよう、本人の意思を尊重しながら一緒に検討していく。
- ・具体的な金額を提示し生活費について一緒に計算してみる。
- ・共同生活となるため、人間関係におけるトラブルの発生が予想される。トラブル回避のためのアドバイスやフォローが必要と思われる。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### #1 退院先の検討

- ・支援担当者と面談を行う
- ・2回目の面談で退院後の金銭面の考えを聞き、退院後利用できるサービスと利用方法について図を用いてわかりやすく説明した（本人・地域支援担当者・受持ち看護師）。
- ・グループホームの見学（本人、退院調整看護師、PSW、支援担当者、福祉課担当者）。
- ・家族と面談し、退院先を話し合い、自宅へ退院することが決まる（本人、家族、退院調整看護師、支援担当者）。
- ・自宅への外泊と退院前訪問を行う。
- ・家族より自宅への退院ではなく、グループホームへの退院と意向が変わり、グループホームを体験利用した（本人、家族、PSW）。

#### #2 金銭に関する不安

- ・収入と支出について、本人の計画を聞く（本人、受持ち看護師、支援担当者）。
- ・生活費や、必要物品について受持ち看護師や支援担当者と話し合う（受持ち看護師・支援担当者）。
- ・実際にかかる費用について情報収集する（本人、受持ち看護師）。
- ・必要物品の金額や購入に際しての補助金について、支援担当者と話し合う（支援担当者）。
- ・退院後の金銭管理の方法について情報提供を行う（PSW・支援担当者）。

### #3 退院後のサポート体制

- ・利用できるサービスについての情報提供（PSW、支援担当者）。
- ・ピアサポーターを導入し、本人の不安の軽減を図る（支援担当者、ピアサポーター）。
- ・起こりうる緊急事態について具体例をあげ、どのように対応するか指導する（受持ち看護師、支援担当者）。
- ・ケア会議を開催し、本人と家族の意志を確認する（主治医、PSW、支援担当者、本人、家族、受持ち看護師、福祉課担当者、グループホームスタッフ）。
- ・デイケアを体験利用する（本人、受持ち看護師）。
- ・デイケアの送迎についての依頼をする（本人、受持ち看護師）。
- ・退院後にグループホームへ訪問看護を行う（受持ち看護師、外来看護師）。

#### ◇ ケア会議

##### 退院後の本人・家族の不安軽減と支援体制について

###### 参加者

- ・本人、家族（母親）、福祉課担当者、グループホーム管理者、支援担当者、支援センタースタッフ、主治医、PSW、デイケアスタッフ、退院調整看護師、受持ち看護師

###### 内容

- ・入院中の経過を主治医より説明する。
- ・本人は「1日も早く退院したい。生活用品のことが気になる」と現在の心境を話す。
- ・退院後の支援体制について検討する。

医療サービス：外来通院（1回／週）、訪問看護（1回／週）、デイケア（3回／週）

支援センター：（2回／週）

経済面：生活保護

退院先：グループホーム

デイケアは送迎があるが、外来通院は電車を利用する

こたつ、炊飯器については福祉課から補助がでることになる

#### ◇ 退院後

- ・外来通院 1回／週。
- ・訪問看護 1回／週。
- ・デイケア 3回／週。
- ・支援センター 2回／週。

# 事例 7 知的障害をもち、グループホームに退院した G 氏

ケースの概要	
性別：女性	年齢：50 代後半
疾患名：統合失調症、知的障害	入院期間：5 年 6 か月
入院回数：6 回	転 帰：退院（退院先・グループホーム）
入院の経緯	
G 氏は長男を出産後、発症している。発症からかなりの年数が経過しており、以後再燃を繰り返していると思われるが、詳細は不明。患者は第 3 子を出産後、実家に帰され、実母と兄弟と同居していた。今回入院以前の数年は病状もかなり安定しており、実家からではあるがデイケアへ通所していた。	
退院困難な理由	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院後も退行、病状悪化を繰り返し、実家への外出・外泊の受け入れが難しい状況であった。夫とは離婚していないものの 20 年以上疎遠であり、次女は精神科病院へ通院加療中であることから患者への援助は期待できない状況であった。キーパーソンであった実母が病死したことで、さらに患者の受け入れは困難となった。</li> <li>・当初グループホームへの入所を希望し検討したが、他の利用者との共同で生活するうえでの問題があり入所は断念した。また、地元に入居可能な公営住宅、アパート等も現時点ではなく、入院継続を余儀なくされている状況にある。</li> </ul>	

## 1. 支援開始時の状況

症状は安定しており、週 1～2 回程度支援センターの活動に参加している。また、住所地である市町村の「在宅知的障害者（児）自立体験事業」を利用し、近隣の施設への外泊体験を毎月定期的に行い、作業等に参加している。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

G 氏については数年前より長期入院患者を対象とした退院支援事業の対象者として、本人と家族の了解のもとに継続的に支援して来た経緯がある。以前より家族は終始一貫して「退院してもいいが家に帰って来られるのは困る」と主張しており、そうした家族の思いを感じてか G 氏自身も「病棟」を生活の場と考えていたようである。しかし、一方で「退院したいよ。でも家は無理だから皆で助け合って生活できる場所がいい」という退院に対する思いはもっていた。そして退院支援事業終了後も G 氏の「退院したい」という思いに添いつつ支援を継続していた。

そして今回、モデル事業の承諾を得て、支援を開始した。

### 2) ケア会議について

モデル事業を開始すると G 氏の中で「どこでもいいから退院したい」から「退院して人の役に立つような生活をしたい」と気持ちに変化が見られ、地域生活に一層関心が向けられるようになっていった。ケア会議も単に定期的ではなく必要に応じて開催され、参加者も地域の保健師・福祉担当者・日中活動の受け入れ可能な施設関係者・受け入れ可能なグループホームの世話人と、医療関係者が主であったケア会議から地域生活にかかわる関係者が中心となり地域生活に向けた支援が現実的になってきた。会議の内容やケア計画も今までの支援方法ではなく、G 氏自身が日常生活で実際に必要とする支援、例えば、引越しの際の手続き上の手続きの方法、どこの誰を頼っていくか、経済状況、グループホームの周囲の様子、日中活動の場、美容院は…とさらに具体化していき、ややもすると出席してはいても実は本人不在

となりがちであったケア会議が「これはこうしたい、ここは〇〇さんに頼みたい」といったG氏の考えを具体的かつ直接的に関係者に伝える場となっていった。

### 3) 支援計画の実施について

G氏は知的障害があるため作業療法士による箱作り体験プログラムに参加して、対人関係や理解能力等の評価を受けた。また、支援者側も対応方法について検討し改善を図った。その結果、支援関係者側で行き詰っていた、「なぜこうした行動になるのか」、「どうして繰り返すのか」、というG氏が抱える問題に対する理解を深めることができ、支援をしやすくなっていった。

モデル事業終了直前に5年6か月の入院期間を経て退院となり、現在はグループホームで生活している。

### 4) 退院後のかかわりについて

グループホーム入所後のある日、病院の近くまで外出した際に、病棟に寄って元気な姿を見せようと誘ったところ「絶対に嫌だ。もう二度と行きたくない。また閉じ込められるような気がする」と拒否した。また、デイケアを利用した直後から不安定となったため原因を聞いたところ「また閉じ込められるような気持ちになった」と話し、G氏の気持ちを十分に理解せずに支援計画としてデイケア通所を決定してしまったことを反省した。

以後G氏は、世話人、担当保健師、支援センター等を積極的に活用して、地域の住民として1人の女性としてあたりまえ生活を取り戻そうとしている。そのためのサービスを、今まで以上にきめ細かくケア会議で話し合いながら探していくことにしている。また、グループホームの理事長の協力を得て、町内の畑を借り、G氏が元来好きな農作業ができるようにして、生活を楽しめる場所を確保した。さらに、安心して生活をするために、他の入居者と世話人と人間関係、精神症状・身体状態・服薬状況等の確認の目的で精神科訪問看護を行っている。

### 5) 今回のケースを振り返って

今回のモデル事業でG氏への支援を行って、単に患者と看護師という関係ではなく、「退院して人の役に立つような生活をしたい」というG氏の思いと、当然の権利ともいえる自分らしく地域で生活したいという思いに寄り添った。そして医療関係者だけでなく、様々な職種や地域の関係者と協力し合い、情報の共有ができたことは大きな収穫であった。その結果、G氏の願いである退院が可能になったと思う。

## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

- ・一人での生活は寂しいし、皆で助け合って生活していける場所がいい。
- ・病棟にいるとイライラしてしまう。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 家族

- ・長男を出産後発症し、実家で生活していた。実母の病死後、兄弟の受け入れがさらに悪くなった。夫や子供たちとの交流も途絶えており生活の場が無い。

#### 1日の過ごし方

- ・病状も安定し、日中の生活リズムも整ってきており、本人なりの判断で作業療法等にも参加できている。積極的に外出を試みる。

#### 医療・地域サービスの利用

- ・現住所地である「在宅障害者（児）自律生活体験事業」を利用し、近隣の自閉症施設へ外泊体験をする。また地元の地域生活活動支援センターの活動にも参加していく。

### ◇ 主な支援計画と支援内容——退院先を決めるまでの支援

#### # 1 病棟にいるとイライラしてしまうので外出を積極的に行う

- ・支援センターの活動に毎週1～2回、受持ち看護師と共に参加する（本人、受持ち看護師）。
- ・市町村のサービスを利用し、毎月1泊、施設への体験外泊をし、受持ち看護師と作業に参加する。

#### # 2 住む場所を探す

- ・グループホームの見学、入居に関する説明を受け、住宅内の様子を見た（参加者：本人、家族、NPO 法人理事長、病棟師長、受持ち看護師、PSW、市町村 PSW）。
- ・住環境・家賃・生活費についての情報を得る。
- ・上記2週間後、ケア会議を開催、グループホームへの入居に向け、プランを本人と関係者で検討。
- ・グループホーム見学3週間後に入居が可能と連絡がある。

### ◇ 主な支援計画と支援内容——退院先が決まった後の支援

#### # 3 退院の準備をする

- ・入居決定後、病棟カンファレンスで現状と今後の対応、ケア計画と評価、入居時の支援内容の検討、必要な日用品をリストアップする（主治医、病棟スタッフ、受持ち看護師、PSW）
- ・必要な品物をリストアップ、近隣のスーパーで必要なものを購入する（本人、家族、病棟スタッフ、受持ち看護師、PSW）。
- ・ケア会議を開催し、グループホームの入居に向け世話人、地域の福祉関係者と知り合いになる（本人、家族、受持ち看護師、病棟スタッフ、世話人、福祉担当者、保健師、PSW）
- ・グループホームの入居の契約書等、必要な書類を書く（本人・家族・PSW・受持ち看護師立会いで説明を受け記載する）。
- ・転出・転入届け、福祉関係の手続きを退院当日に行う（本人、家族、PSW）。

**# 4 日中活動の場を探す**

- ・精神科デイケアへ通所する（本人、送迎バス担当者、デイケアスタッフ、受持ち看護師）。
- ・入院中から通所に慣れるため送迎バスの乗車練習をする（本人、受持ち看護師）。病棟から受持ち看護師と隣町のグループホーム近くの乗車場所へ行き、送迎バスに乗る（3回／週）。
- ・総合支援センターの活動に参加する。

**◇ ケア会議の内容****1回目：グループホーム入居に向けての支援計画を検討**

## 参加者

- ・本人、NPO 法人理事長、主治医、受持ち看護師、PSW、デイケア担当者。

## 内容

- ・主治医・受持ち看護師より現状、入居後の緊急時の対応、受診の方法について、日中活動の場として当面デイケアを利用することを話し合う。理事長より余暇支援等についての説明。

**2回目：グループホームの契約**

## 参加者

- ・本人、家族（兄）、NPO 法人理事長、病棟師長、受持ち看護師、PSW。

## 内容

- ・本人・家族（兄）と共に入居説明と契約事項の説明を受け、3日後に認可がおりるとの連絡が入り、本人と理事長間で契約所の作成をした。退院日を決める。

**◇ 退院後**

本人の意向を尊重し、デイケア以外の活動の場を検討するため以下のような支援を行った。

**# 4 日中活動の場を探す**

- ・総合支援センターの活動に参加するため受持ち看護師、保健師と見学を行う。

**# 5 病状の変化**

- ・外来受診に世話人が同行する（本人、世話人、主治医）。
- ・訪問看護の導入のため訪問日を検討する（本人、受持ち看護師、NPO 法人理事長、訪問看護師）。
- ・その後当面は1回／月の頻度で訪問する。

**ケア会議3回目：退院後の日中の活動の場を検討**

## 参加者

- ・本人、NPO 法人理事長、保健師、PSW、地域支援課長・受持ち看護師。

## 内容

- ・日中活動の場として総合支援センターの利用を検討。申請すれば通所可能であるが、圏域外であるため送迎バスは出ないことがわかる。グループホームから最寄りの駅まで来れば、バスで送迎は可能であることがわかる。

## 事例 8 家族の受け入れ拒否によってグループホームへの退院を決めた H 氏

性 別：男性	年 齢：50 代後半
疾 患 名：統合失調症	入院期間：1 年 2 か月
入院回数：3 回	転 帰：入院継続中
<b>退院困難な理由</b>	
H 氏は、自宅への退院を希望している。しかし、母親は癌を患っていることもあり、身体的にも H 氏を自宅で支えていくことはできないと言っている。また、妹もそのことを心配し、自宅への退院を拒否している。家族の希望は、施設入所である。H 氏と家族の意見に相違があり、退院先を検討中である。	

### 1. 支援開始時の状況

精神状態は落ち着いており、「早く退院したい」と言うようになった。しかし、生活能力は低く金銭面、日中の活動で支援が必要であった。

### 2. モデル事業の経過

#### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

H 氏は退院可能な病状であるにもかかわらず、家族の受け入れ困難が原因で退院できない状況になっているケースであった。受持ち看護師は、H 氏自身が退院を希望しているにもかかわらず、退院の受け入れを断固拒否している家族と話し合い、何とか自宅への退院ができないかと考え、今回のモデル事業に参入することを考え、本人の承諾を得た。そこで、何度もインタビューして時間をかけて患者希望調査を行いニーズの把握に努めた。その中でニーズに変化が見られたので、ケア会議で修正しながら支援者間のコンセンサスを図った。

#### 2) ケア会議について

県の退院促進支援事業の自立支援員、当圏域精神生活支援ワーカー、当該市町村保健師に当初より参入してもらい、支援の方向性を探った。家族の思いも踏まえて、H 氏にとって最良の支援とは何かを議論した。H 氏は人間関係の構築に時間がかかるため、外部の支援者がいきなりプランを立てて支援を行うのではなく、人間関係作りを最優先し、外出支援等からの信頼関係構築のための働きかけを始めた。その経過の中で、H 氏は自宅への退院は困難であることを察し、グループホームへの入所を自ら希望してきた。受持ち看護師は、患者の生活能力をアセスメントする中で何とか自宅に退院できないかと模索したが、結局、家族の了承は得られなかった。

H 氏自身も、当初は自宅への退院を希望していたが、母親の介護も必要になっている現状を理解し、自分を支えてくれる家族がいない状況では自宅への退院は困難であるという現状を理解したのではないかと考える。

#### 3) 支援計画の実施について

支援計画の実施については、受持ち看護師が支援関係者に直接連絡を取り、外出支援等を実施してきた。夜勤等で時間が取れない場合は PSW に連絡をとってもらうように事前に調整を行った。自宅への訪問の際には事前に連絡をしておき、外出の目的を伝えておいた。

支援関係者については、それぞれが「このような支援をさせていただきます」といった内容を H 氏

や家族に説明し、立場を明確にした。そのことが、家族自身の不安の軽減につながったのではないかと考える。何度か家族と話をする機会をもつことで、家族自身のニーズを把握することが可能になった。実際に家族が困ることについてアセスメントし、それに対して専門職が適切に介入できたことが効果的だったのではないかと考える。

#### 4) 退院後のかかわりについて

退院後、支援担当者はグループホームのサービス管理責任者のケアプラン立案に協力し、本人のニーズに沿ったプランを立案した。現在のところ、日中は作業所で過ごしているが、今後変化してくるであろう地域での生活に対するニーズに対応できるように、受持ち看護師との関係は継続している。

#### 5) 今回のケースを振り返って

今回のモデル事業を通して受持ち看護師が単に病棟の中だけではなく、患者を退院支援の対象としてとらえてかかわった時、自宅への訪問等を通じて病棟内で作られる以上の関係が構築できた。また、病棟内での患者像が、実は病棟という環境が作り出したものであるということも理解できた。そのような院内と院外の違いを知ることで支援者のモチベーションが高まり、退院支援に力が入ることを実感した。

患者は、このような看護師の姿勢に応えようと外出の日にはみずから外出の用意をするなど積極的な様子も見受けられるようになった。いわば、支援の相互作用である。実際に、退院して地域で生活している患者の姿を見ると、病院では見られなかった患者の生活能力など隠されていた力が見え、それが看護師のエネルギーとなり、患者がエンパワメントすることを信じるようになった。

苦労した点は、医療者が考えている社会復帰と地域の支援者が考える社会復帰には違いがあり、それぞれの制度の中で支えるシステムとの間に温度差があったことである。また、マネジメントにかかわるスタッフの数が増えるほどチーム内の情報交換が難しくなるため、マネジメントを行う支援担当者に高い能力が求められる。



## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

#### 本人

- ・とにかく自宅で生活したい。

#### 家族

- ・母は癌を患っていることもあり、身体的にも本人を今後自宅で支えていくことはできないと言っている。また妹もそのことを心配し、自宅への退院を拒否している。家族の希望は、施設への入所である。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメント

#### 家族の意向

- ・親が癌であるため本人をサポートできる状況ではないと家族は言っている。現状では自宅への退院は難しい。

#### 住むところ

- ・人と家族の意向をすり合わせ、現状を理解し合い考えていく機会を持てるよう本人への働きかけと本人の意向を取り入れてもらえるよう家族への働きかけが必要。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### # 1 生活の場所を定めていく

- ・家への外出やグループホームなどの施設見学を繰り返す（本人、家族、自立支援員、精神生活支援ワーカー、受持ち看護師）。
- ・外出支援として自宅へ同行する（自立支援員、精神生活支援ワーカー、受持ち看護師、PSW）。
- ・本人が利用しやすい施設を探す（PSW、受持ち看護師）。
- ・本人・家族に生活の場所を選択・検討してもらう（本人、家族）。
- ・本人と家族の意向をすり合わせ、本人が現状を理解し考えていく機会を持つ（本人、家族、関る全スタッフ）。
- ・家族の思いを聞き、本人の意向を取り入れてもらえるよう働きかけをする（本人、家族、支援にかかわる全スタッフ）。
- ・病棟カンファレンス（1回／週）によりスタッフ間で現状や今後について情報を共有する（主治医、病棟看護師、PSW、作業療法士）。
- ・本人へ支援についての現状、今後の支援体制について説明し、本人の考えを確認する（受持ち看護師）。
- ・会議の場で母親の現状と思いを確認（妹、母、生活支援ワーカー、受持ち看護師、PSW）。

#### # 2 必要な生活能力を伸ばしていく

- ・生活能力を確認・評価し、プログラムを立案する（受持ち看護師、作業療法士）。
- ・退院後の生活に向け、洗濯や料理など自宅での練習を実施する（本人、家族、受持ち看護師、作業療法士）。

#### # 3 金銭管理

- ・成年後見制度の利用を検討する（家族、本人、全スタッフ）。
- ・成年後見制度が理解できるようにかかわる（全スタッフ）。

## ◇ ケア会議の内容

### 1回目：退院支援の導入について

#### 参加者

- ・ 家族（妹）、自立支援員、精神生活支援ワーカー、保健師、看護師、PSW、作業療法士。

#### 内容

- ・ 支援者と家族の顔合わせを行う。
- ・ 退院支援導入についての説明と家族の思いを確認する。

### 2回目：現在までの支援内容の確認

#### 参加者

- ・ 家族（妹）、自立支援員、精神生活支援ワーカー、保健師、受持ち看護師、訪問看護師師長、PSW、作業療法士。

#### 内容

- ・ 現在までの本人の状況、支援内容の報告。
- ・ 今後の方向性について検討。

### 3回目：退院に向けた支援の検討

#### 参加者

- ・ 自立支援員、生活支援ワーカー、保健師、看護師、受持ち看護師、PSW、作業療法士。

#### 内容

- ・ 今後の支援体制についてスタッフのみで確認を行う。
- ・ 退院先を検討した。

# 事例9 連携をした支援体制により退院生活を 支えられているI氏

<b>ケースの概要</b>	
性別：男性	年齢：50代後半
疾患名：統合失調症	入院期間：1年1か月
入院回数：5回	転 帰：退院（退院先単身）
<b>入院の経過</b>	
X-9年にP病院を退院した後、デイケアに通所しながら単身生活を送っていた。X-1年頃より拒薬傾向となり、今年の6月末より拒薬状態となったが、問題行動がなかったので経過を観察していた。9月中旬より自宅に姿が見えなくなったため、警察に捜索願いを提出したところ、同日夜に東京都内の駅にて保護され、入院となった。	
<b>退院困難な理由</b>	
・兄の死亡により家族による支援体制が困難となり、家族が退院拒否。	

## 1. 支援開始時の状況

入院後、徐々に症状も落ち着き閉鎖病棟から開放病棟、療養病棟に転棟する。転棟後、外出訓練を繰り返す。当初は外出の度に気分高揚状態になり落ち着かなかったが、繰り返すうちに不必要な物品の購入などの問題行動もなくなった。その後、本人より退院を意志表示があった。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

受持ち看護師は、I氏が退院できないことで自暴自棄になるのを防ぎ、何とか希望に添いたいという思いから、支援担当者に退院調整を依頼した。

支援担当者と受持ち看護師がI氏と面接を行い意思の確認をし、モデル事業参加の承諾を得た。I氏は「自宅で1人暮らしがしたいが、家族が反対しているから退院はできない」と話し、退院後の生活については、「週2回ぐらいならデイケアに通ってもいいが、後は家でゆっくりしたい。結婚もしたいし働きたいが、もう年だから。食事は配食サービスを利用したい」と話した。家族に退院の話をするとう「浪費したり、突然いなくなるから困る。家族の言うことは聞かないから、退院は絶対にだめだ」と頑なに反対であった。しかし、家族に対して「今までは退院後あらゆる面で家族がお世話していたが、退院後の支援は病院と支援センターが一緒に行う」と説明し、ケア会議に参加してもらうように調整をとった。

### 2) ケア会議について

(1) 参加者：I氏・家族（6名）・支援担当者・主治医・PSW・受持ち看護師・デイケアスタッフ（作業療法士）・訪問看護師・退院調整看護師

(2) 会議の目的：単身生活を再開するにあたって、本人と家族の不安を軽減し、安定した地域生活への移行調整を図る。

(3) 会議の経過：支援者の自己紹介の後、主治医より病状説明および治療経過の説明があり、次に病棟看護師より、病棟での生活状況の説明をした。続いて退院後の支援体制について確認をする。家族からは「退院後全てが家族の責任ではなく、多くの人たちが支えてくださるなら退院をさせてもよい」と退院についての了解が得られた。

### 3) 支援計画の実施について

服薬自己管理については、退院前に薬剤師から指導を受け1週間分の自己管理を継続して行った。また、金銭管理については受持ち看護師と一緒に、使える金銭プランを作成して実施した。施設の利用については、デイケアの体験利用を2回行い、支援センターを見学した。さらに、退院後の生活のイメージ作りを目的に、生活サポーター（当事者）との面接や自立支援員の面接の機会をもった。

### 4) 退院後のかかわりについて

退院支援開始後26日目に入院前に住んでいた自宅に退院となり、単身生活が始まった。退院後はデイケアを利用しながら安定した生活を送っていた。退院後2か月を過ぎた頃に自立支援員に「そろそろデイケアをやめて仕事がしたいと思う。1人は寂しいから女の人と一緒に暮らしたい」などと話すようになった。また、同時期に拒薬傾向がみられるようになった。支援担当者と自立支援員が連絡を取りあって、訪問の回数を増やしたり、支援体制における役割分担の再確認を行ったりした。その結果、本人が自ら服薬継続をすることを決め、また、仕事についても「みなさんの意見を聞いて、まだ無理だから断った。そうしたら肩の荷がすっと降りたような気がした」と話した。以後は、デイケアにも積極的に参加され、自立支援員の訪問日についても、自分が希望する日を連絡してくるようになった。

## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

- ・自宅へ退院したいと思っているが、家族が賛成ではないためなかなか退院できない。
- ・兄宅の近くに、自分が一人暮らしできる家があるので一人暮らしがしたい（入院前と同じ場所）。
- ・週に二回くらいはデイケアに行ってもよい。他の日は家でラジオを聞きながらゆっくりし、支援センターにも週一回くらい行っていい。訪問看護を受ける。
- ・食事が心配、配食サービスは毎日夕食のみ受ける。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 家族の意向

- ・兄嫁は面談時に退院させないでほしいと言っている。家族調整と退院後の支援者を決めることが必要と思われる。

#### 1日の過ごし方

- ・病棟では作業療法など活動に積極的に参加している。セルフケアは問題ない。

#### 医療・地域サービスの利用

- ・福祉サービスの利用について積極的。医療に対する不信感はない。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### # 1 家族調整

- ・家族が不安に思っていることを聞く（PSW、退院調整看護師）。
- ・家族と面談し、ケア会議の日程を調整（本人、家族、退院調整看護師、受持ち看護師、PSW）。
- ・ケア会議を開催する（PSW、退院調整看護師）。
- ・地域の支援者との面接を行う（PSW、退院調整看護師）。

#### # 2 金銭自己管理

- ・一か月分の金銭プランを一緒に考える（入院中、退院後の生活プラン）。
- ・入院中の小遣いを一か月分、自己管理する（本人、受持ち看護師）。
- ・退院後の生活費について話し合う（本人、退院調整看護師、受持ち看護師）。

#### # 3 服薬自己管理

- ・1日分の薬から自己管理を始める（主治医、薬剤師、受持ち看護師）。
- ・服薬指導を行う（主治医、薬剤師）。
- ・薬の飲みにくさについて話し合う（受持ち看護師）。

#### # 4 施設利用体験

- ・デイケア体験通所、支援センターの見学の日程を調整する（退院調整看護師、受持ち看護師）。
- ・デイケア一日体験を二回行う（本人）。
- ・支援センター見学する（主治医、PSW、退院調整看護師、支援担当者）。

#### # 5 退院後の生活のイメージ作り

- ・地域の支援者との面接を行う（本人、退院調整看護師）。
- ・ピアサポーターと面接をする（本人、支援担当者）。

### ◇ ケア会議の内容

本人と家族の不安を軽減し、退院後の支援を検討する

参加者

- ・ 主治医、PSW、退院調整看護師、作業療法士（デイケア）、訪問看護師、本人、家族（6名）、支援担当者。

内容

- ・ 主治医より入院経過の説明を行う。
- ・ 本人に現在の心境を確認したところ、「1日も早く退院したい」「食事のことが少し心配」と話す。
- ・ 退院後の医療体制を検討する。  
医療サービス：クリニックへ外来通院（1回／週）、訪問看護（1回／週）、デイケア（3回／週）。  
配食サービス：毎夕食。  
支援センター：訪問（1回／月）、電話相談（随時）。

### ◇ 退院後

- ・ クリニックへ外来通院 1回／週。
- ・ 訪問看護 1回／週。
- ・ デイケア 3回／週。
- ・ 配食サービス 毎夕食。
- ・ 支援センターからの訪問 1回／月。
- ・ 支援センターによる電話相談 随時。

### ◇ 支援担当者と受持ち看護師の連携

- ・ 退院調整看護師および受持ち看護師で支援計画を作成した。
- ・ 家族調整は受持ち看護師と支援担当者で行った。

# 事例 10 定期的な支援者間の会議で退院後の生活を支えたJ氏

ケースの概要	
性別：女性	年齢：30代前半
疾患名：統合失調症	入院期間：2週間
入院回数：2回	転帰：退院（退院先 家族同居）
入院の経緯	
<p>×年7月に退院後、外来・デイケア・訪問看護でフォローしていた。幻聴による混乱が強く、ハロペリドールの筋注や内服調整を行っていた。幻聴は軽減したが、子どものことが気になって気持ちが休まらないと休養入院を希望し、任意入院となった。</p>	
退院困難な理由	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状への対処行動が不十分（理解力も低い）。</li> <li>・母親としての役割を十分に果たせず、家族のサポート力も偏りがある。</li> <li>・休養が十分にとれない（動き回る）。</li> </ul>	

## 1. 支援開始時の状況

本人は入院すると安心すると語る。不安を感じた時に屯用薬を服用することを提案し、自分で対処行動がとれるように対応した。入院中は自室で幻聴に聴き入っている場面が時折みられた。外泊時にデイケアを見学し、スムーズに参加できるようであれば退院を検討することを提案した。前回の入院時では、外泊やデイケア見学を行うまでに時間を要した。対人関係上の問題として、異性との距離が保てず、ボディタッチなどの行為がみられた。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者の選定から患者希望調査の実施について

〈選定理由〉

- ① 前回の入院時には症状への対処行動を十分獲得できず、当初の予定より入院期間が延びたため。
- ② 入院期間が長期化することで、子ども達が自分のことを忘れてしまうのではないかとJ氏自身が心配しており、病状を隠したまま退院を急ぐ可能性があったため。
- ③ 母親の協力が得られ、対処行動獲得のための支援を継続できれば再入院を防止できると考えたため。

以上のことから、早期の入院初期から退院支援が有効なケースであると考え、モデル事業の説明を本人に行い、承諾を得た。主治医にモデル事業の対象者になりたいことを伝え、許可を得た。他職種にも選定理由と経緯を在宅カンファレンス（在宅部門に関連するスタッフや病棟スタッフが集まる会議）で伝え、今後の協力を依頼した。患者希望調査については、病状が不安定なこともあり、面接時に記録用紙を持参したり本人が直接記載する方法は控えた。面接は受持ち看護師と支援担当者が個別に行い、患者が緊張しない場面設定に配慮した。地域生活移行支援申請書は受持ち看護師が記載し、それ以外の所定用紙は情報を集約して支援担当者が記載した。

### 2) ケア会議について

ケア会議の前に支援者が集まる会議を行い、お互いの役割を明確にしたうえでケア会議を行うスタイルをとった。J氏は入院前より在宅掲示板（院内LANを使い、在宅部門の患者情報を共有できるシステム）で特記事項の報告が多い患者で、在宅関連部署はJ氏の入院前後の経過をほぼ把握していた。モ

デル事業の開始に伴い、入院中から在宅カンファレンスでの支援計画の検討・調整を行った。J氏は子ども達と一緒に暮したいというニーズをもっていたが、支援開始当初は実子を「姉や親戚の子」と話しており、退院後に子どもと暮すことが妥当な目標なのか、支援者が判断できない状態であった。また、地域生活を継続するには母親のサポートが必要だったが、母親は“キーパーソンであるものの極端な対応をしてJ氏を混乱させる人”であり、J氏にとって常に葛藤を生じる存在であった。そのため、対処行動の獲得や母親との関係の再構築が必要であることを、ケア会議等でJ氏に伝えていく必要があった。支援者同士が情報交換を行う会議を重ねることで、支援計画の評価やカルテに記載されにくい細かな情報の共有、病状悪化時の行動特性の気づき等の効果を受持ち看護師が理解し、受持ち看護師の抱え込みや精神的負担の軽減に繋げることができた。

退院後の支援者間の会議は在宅カンファレンスを除いて週1回程度行われ、主に訪問・外来看護師と支援担当者が参加した。毎朝の外来部門の引継ぎにそれぞれが参加しているため、その場で会議を行う等、日程調整も比較的スムーズに行うことができた。支援計画もスムーズに具体化されたため、ケア会議はJ氏（時に母親も同席）と支援担当者という少人数で行うことで、J氏の混乱も少なく、対処行動の獲得もスムーズであった。

一方で、訪問・外来看護師は母親の相談を受ける機会が多いため、巻き込まれやすくケアを急ぐ傾向に陥りやすかった。そこで支援担当者は危機的状況か否かを客観的に判断し、ケアの提案を行うと同時にケアを担当する看護師の精神的サポートを行った。主治医を交えた支援者間の会議は日程が限られるため、定期的な情報交換は訪問看護師に依頼し、外来受診時に家族も交えたケア会議を行うことで治療の方向性の確認をした。

### 3) 支援計画の実施について

入院初期より病状への対処行動の獲得・休養・生活リズムの安定に向けたケアを開始し、細かな情報交換とケアの継続性に留意しながらJ氏へのフィードバックを繰り返した。前回は約3か月の入院であったが今回は約2週間で退院することができ、現在も訪問看護（1回/週）・デイケア（3～4回/週）を利用しながら在宅生活を送っている。退院後は、自宅やデイケアで「病状把握→相談→頓服薬服用」という対処行動が自らとれるよう支援した。そして、成功体験を重ねることで、相談内容も現実的で対処可能なものに変化した。「うちの子どもが反抗期で…」と自分の子どもと認識したうえで育児相談もできるようになった。本人の病状や希望に応じて、デイケアの利用回数を調整したり、ショートケアの利用を提案することも続けている。

前回の退院後よりも、今回の退院後のデイケアの利用率が向上し、デイケアの利用が本人の居場所作りと母親の休養に繋がっている。

母親の休養と心理教育のためのケアを継続することで、母親も徐々に病気を理解し始め、極端な対応が減少してきた。母親が不安定になった時には電話相談や同伴受診・家族会等を活用し、母親の患者へのサポート体制が早期に安定するよう支援している。

モデル事業の所定の書類は院内共通のフォルダに保管し、関連部署が閲覧したり、追加・修正の書き込みが可能な状態とした。しかし、電子カルテ・在宅カンファレンス・在宅掲示板の活用でモデル事業の経過を周知することができたため、所定用紙は経過整理に活用し、支援担当者が記載した。

### 4) 退院後のかかわりについて

#### (1) 退院後の医療・福祉サポート

- ① 外来受診（1回/2週）・ショートケア含む。
- ② 病院家族会（1回/月）・精神科デイケア家族会（1回/2月）。
- ③ 母親が本人宅へ出向き、家事や育児を支援。

病状は依然不安定で、今後も医療サポート中心のケアが続くと思われる。万一、危機的状況となれば、



家族間に大きな歪みが生じる前に入院の検討をしたい。入院の是非は主治医を中心に関連部署との協議が必要だが、何より本人・家族がその必要性に気づけるよう支援することが重要である。それにはさらなる信頼関係の形成と連携が必要となるだろう。

支援担当者には、①生活ニーズや希望を考慮したケア会議を行える技術、②医療と福祉の適切な利用の検討、③必要な部署が適切に動けるよう方向性の提案ができ、舵取り役となれることが期待される。しかし、支援担当者が熱心に取り組むだけでは退院支援の継続は困難である。病院の特性を活かし、継続可能な退院支援の体制を確立し活用することで、ようやく退院支援を行うためのチーム医療の質が向上すると感じている。

## 支援の流れ

### ◆ 患者希望調査により本人の意向を確認

- ・自分の考えが家でもどこでも誰かに漏れているようで不安。
- ・いつかはがんばって働けるようになりたい。
- ・子どもとどう接したらいいのかわからない。

### ◆ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 1日の過ごし方

- ・幻聴に左右され、家事をこなすにも変動がある。自分の力を把握できずにいろんなことをやろうとして不安となり、混乱することも多い。そのため疲労しやすく、生活のリズムも崩れやすい。

#### 家族との関係

- ・反抗期の子どもの言動に過敏になり、感情の起伏が激しい。家事・育児全般に誰かの支援が必要。セルフケアについても指導が必要。

### ◆ 主な支援計画と支援内容

#### #1 病状への対処行動の獲得

- ・屯服薬の服用という対処行動を促がし、提案する（受持ち看護師）。
- ・本人と面接を行い、意向を確認。また支援計画を提示する（支援担当者）。
- ・異常体験で不安な時は抱え込まずに本人が相談できるようかかわる（病棟看護師）。
- ・休養の取り方を提案する（病棟看護師）。
- ・訪問看護を導入する（訪問看護師）。
- ・デイケアで継続的に支援を行う（デイケアスタッフ）。
- ・外泊時にデイケア見学参加。本人との面接を行い対処行動ができるよう支援し、休息の取り方を提案する（支援担当者）。
- ・カンファレンスで退院後の支援計画を確認する（支援担当者）。
- ・退院後、本人と面接を行い、支援計画を確認、対処行動について話し合う（支援担当者）。

#### #2 本人の心理教育

- ・子供とのコミュニケーションについてアドバイスをする（支援担当者）。
- ・交友場面を通してアドバイスを行う（支援担当者）。

### #3 母親の休養と心理教育

- ・病状の説明（主治医）。
- ・J氏がデイケアに参加している時に休養をとる（母親）。
- ・デイケア家族会へ参加を促す（デイケアスタッフ）。
- ・母親の相談を受ける（外来看護師、訪問看護師）。
- ・訪問看護師と外来看護師のサポートを行う（支援担当者）。

#### ◇ ケア会議の内容支援計画および治療方針の確認

##### 事前準備

- ・会議の前にお互いの役割を明確にしておく。

##### 参加者

- ・本人、家族、訪問看護ステーション担当者、受持ち看護師、主治医。

##### 内容

- ・本人、家族へ支援計画および治療方針を説明し、確認を行った。

#### ◇ 退院後

- ・訪問看護 1回／週。
- ・デイケア 3～4回／週。
- ・外来通院 1回／2週。
- ・訪問看護のスタッフ。
- ・外来看護師と支援担当者で支援内容についての会議を定期的に行った。
- ・母親へのサポートとして訪問看護師および外来看護師で相談を受け、支援担当者は訪問看護師および外来看護師へケアの提案を行っている。

# 事例 11 情報共有による退院調整を行った長期入院の K 氏

ケースの概要	
性別：男性	年齢：40代後半
疾患名：統合失調症	入院期間：22年5か月
入院回数：3回	転帰：入院継続中
入院の経緯	
拒薬による病状悪化で入院して以来、長期入院中である。	
退院困難な理由	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の受け入れが困難。</li> <li>・ 家族の病状悪化に対する不安。</li> <li>・ 本人の病気に対する認識の弱さ。</li> <li>・ 本人の生活力の低さ。</li> <li>・ 病状が些細なことでも不安定になる。</li> </ul>	

## 1. 支援開始時の状況

退院に向けた服薬訓練として自己管理を行うがうまくいかず、一進一退を繰り返している。現在は「薬について不安になった時は自己判断で調整はしない」「服薬を忘れた時に相談する」ことができるようになってきている。

また、デイケアなどの社会資源を活用して新しい環境に慣れるように、また院外の友人を作る練習を行ったり、体力の維持向上、就労に対する意欲を持続するため、就労準備訓練に参加したりしている。

## 2. モデル事業の経過

### 1) 対象者選定から患者希望調査

モデル事業を始めるにあたって、院長、看護部長、支援担当者にて病院全体の入院患者の状況を見直し、退院に向けて現在援助している、もしくは退院の見込みがある患者を選出した。

K氏は怠薬・拒薬を繰り返してきた経過があり、数年前から薬に関する勉強を行っていた。現在、服薬は自立している。家族面談を勧めながら、単身生活に必要な食事の確保や、地域内の社会資源を知るという支援を行っている段階で、福祉ホーム入所を目標としながら、退院支援計画は進行中であった。

今回のモデル事業については、主治医からK氏に説明を行った。詳細な説明や書類へのサインは、気分の高揚・不安感を招く恐れが高いと判断して、段階的に行い承諾を得た。情報の共有は電子カルテのできるため、所定の書類への記載は支援担当者が行った。

### 2) ケア会議について

主に、在宅掲示板や電子カルテを使用しながら行った。これらは、法人内のスタッフであればいつでも情報を見ることができるが、より詳細な情報交換や細かなニュアンスの共有、具体的な項目の検討については、週1回開催される在宅カンファレンスを活用した。在宅掲示板や電子カルテによって、患者にかかわるすべての部署が情報把握、意見交換を容易に行うことができるため、時間や手間も節約できて効率的に事例の検討を行うことができた。

支援担当者として週1回の病棟カンファレンスには必要に応じて参加し、地域生活を支援する立場からの助言を行った。また、支援担当者はK氏と支援センターで週1回の面接を行い、「計画に対する気

持ちの変化」「がんばっていること」「今後行いたいこと」「薬について」などの情報を共有した。受持ち看護師は主治医の治療方針を踏まえ、関係部署の情報を盛り込みながら K 氏と面接を行い支援計画を作成した。

### 3) 支援計画の実施について

地域生活移行支援計画については、受持ち看護師を中心に進めるように支援した。支援担当者は計画の進捗状況を把握し、K 氏の状態を確認すると共に受持ち看護師に対して声かけをすることを心がけた。そうすることによって、計画に関する相談をすることが容易になり、計画を客観的に見つめるきっかけが作れるのではないかと考えたためである。「本人はどうしたいのか」「何ができると他の人とともに社会生活が送れるのか」「本人の歩幅を大切にし、どうしたら負担が少なく支援計画が前進させることができるか」ということを常に意識することによって、K 氏や K 氏を取り巻く環境に対して無理の少ない支援計画が立てられるのではないかと考えた。

受持ち看護師は、計画を実施した後に K 氏の状態や反応などを状況に応じて K 氏と一緒に振り返り、次に行ったほうがよいと思われる課題の抽出、関係部署間の情報共有を在宅カンファレンスで行った。それを基に、主治医、受持ち看護師、K 氏と一緒に今後についての計画の修正を繰り返している。

### 4) 退院後のかかわりについて

モデル事業終了後に体験入所の日程が決まったが、金銭トラブルを起こして延期となった。

現在、K 氏は退院に向けて福祉ホームへの体験入所を繰り返している。練習を繰り返すことにより経験不足を補い、K 氏も生活を具体的にイメージできることを目的としている。また、家族の不安に対しては主治医との面接、状況の説明、電話相談による対応を行い、退院にともなう K 氏や家族の負担感を少なくするように配慮しながら退院支援を行っている。病院から地域に生活の場所が変わるということは、本人・家族共にとても不安や緊張が強い。そのため、少しずつ地域とかかわる時間をもつこと、地域での体験を多く積むことが、地域生活への移行をスムーズに行う手がかりとなると考えられる。退院後も病院の在宅部門・家族、福祉施設など K 氏を支える資源との情報共有が、K 氏を地域で支えて行くために大切であると考えられる。

## 支援の流れ

### ◇ 患者希望調査により本人の意向を確認

- ・家に帰りたいが、家族と住むのは無理。一人暮らしがしたい。福祉ホームに入りたい。毎日一人で生活するのは不安。
- ・薬をきちんと飲まなきゃいけないと勉強したので大丈夫。

### ◇ 患者希望調査で収集した情報のアセスメントの内容

#### 経済面について

- ・経済面で本人の生活力、対応力、臨機応変さなど要求される。「何かあれば聞ける」という力を大切に支援し強化する必要がある。

#### 生活について

- ・一人で生活するということは想像がつかないという印象。「自分がしないといけないけど出来ない」ということにはばかり目が行っている。

#### 服薬について

- ・怠薬・拒薬によって病状悪化しやすい。現在は服薬自己管理自立期と訓練期を繰り返している。服薬の自己調整をしてしまうため服薬調整をしたくなった時は主治医に相談できるように支援が必要。

### ◇ 主な支援計画と支援内容

#### # 1 食事の確保（冷凍食品を利用出来るようになる）

- ・冷凍食品を使つての調理実習（受持ち看護師、福祉ホームスタッフ）。
- ・惣菜やレトルト食品の活用を行う（受持ち看護師、福祉ホームスタッフ）。
- ・電子レンジなどの使い方を振り返り、意識を強化する（受持ち看護師）。
- ・外出時に食事の確保について考える（本人、受持ち看護師）。

#### # 2 服薬の相談

- ・薬を調整したくなった時、実行する前に主治医に相談できるようになる（主治医、スタッフ）。
- ・服薬自己管理を継続し、自己調整を行わないように指導を強化。
- ・1回分の薬が合わないとき相談できる（本人、看護師）。
- ・病状悪化について注意する（支援担当者、受持ち看護師）自己調整を行わないように声かけ・見守り、飲み忘れ発生時の対処方法を指導する。

#### # 3 金銭管理

- ・生活に必要な金額の計算を行い、今後施設に入居した際に最低金額を確認する（PSW、看護師）。
- ・金銭出納帳の活用を検討する（本人、受持ち看護師）。
- ・設定の範囲内の金額で生活を維持する（本人）。
- ・金銭出納帳の記載ミスの相談が出来る（本人、看護師）。

### ◇ ケア会議の内容

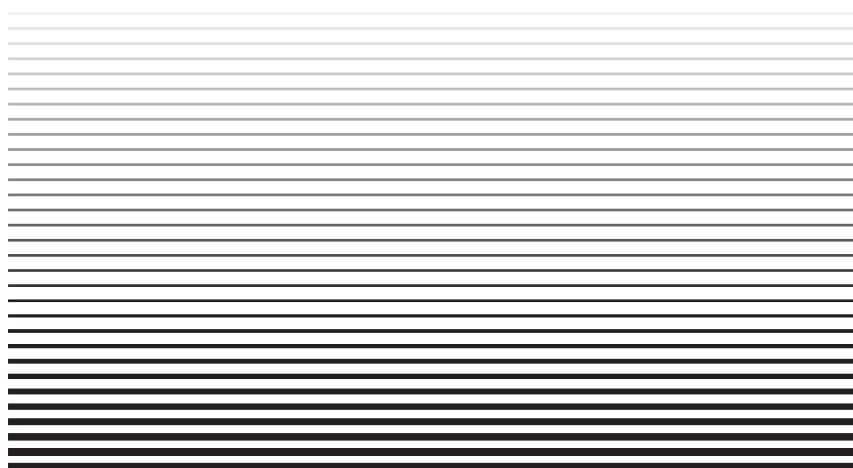
- ・電子カルテにより日ごろから K 氏にかかわる担当者との情報交換を行った。

### ◇ 支援担当者と受持ち看護師の連携

- ・受持ち看護師と一緒に K 氏の状態を確認した。
- ・支援計画は受持ち看護師を中心にを進め、支援担当者は支援内容の進行状況を把握することに努めた。

# Part III

## 資料編



## 資料 1

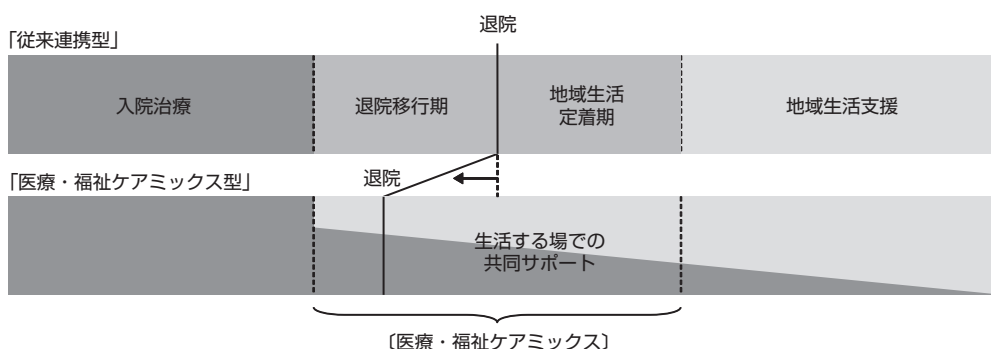
## 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業

## 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業運用マニュアル

## 1) 医療福祉包括型支援モデルとは

精神障がい者が退院の意志をもち、地域生活に移行し定着するために、医療と福祉のケアミックスによるサービス体制を構築することを目的としたモデルである。従来の、患者の退院までを病院、退院後を地域福祉というバトンタッチの移行方法ではなく、病院から地域生活への移行・定着までの期間を継続してモニタリングし、医療と福祉サービスがともに支えるという方法である。

具体的には、病院で「地域生活移行支援部門」を立ち上げ、対象者、家族、多職種、他部門、院外関係者など対象者の退院を支える人を集め「ケア会議」を開催し、「地域生活移行支援計画」を作成し、それにそって役割分担を行い、対象者の地域への移行・定着を支援する。また、「地域生活移行支援部門」は退院後も地域生活が安定するまで対象者の地域生活支援計画の遂行を管理し、計画の評価・修正を行う。



## 2) 地域生活移行支援部門とは

地域生活移行支援部門は、対象者の地域生活への移行・定着を実現するために、対象者をサポートする院内外の関係者と連携してケア会議を開催し、地域生活移行支援計画の作成をサポートし、計画の遂行をモニタリングし、評価・修正する役割をもつ。部門の形態は、専任あるいは兼任の職員を配置して組織上なんらかの位置づけをもつもの、あるいはその機能をもつ委員会やプロジェクトが活動を展開するというものでも差し支えない。

構成は、地域生活移行支援担当者（以下、支援担当者）として看護師1名以上、ディスチャージプランナーナース等専門的な教育を受けたものを含むことが望ましい。

なお、「ケア会議」の参加者はケースごとに異なり、対象者、家族、院内外の支援者など、対象者の地域生活の支援に欠かせないメンバーが必要に応じて参加することとする。地域生活移行支援担当者1名は必ず参加する。また、参加者の選定・コーディネートは地域生活移行支援部門が行う。

## 地域生活移行支援部門（支援担当者）の役割

- ・対象者の選定を行う。
- ・他職種や地域関係者と連携し、ケア会議をコーディネートする。
- ・地域生活移行支援計画の内容や遂行状況を管理する。
- ・必要に応じて、訪問活動等の直接サービスを提供する。

### 3) モデル事業の実施概要

本モデル事業の展開はガイダンス終了後より開始し、10月下旬の中間報告をもって評価・修正を行い、12月上旬の最終報告で全体の評価をする（事業期間中に退院できなくても差し支えない）。

#### (1) 対象者の選定

対象者は、退院後に福祉サービスの利用が予想される統合失調症の患者。本人・家族に退院の希望があるか、本人からの希望は今はないが退院の可能性が見込まれる者を5事例以上選出する。

入院期間は問わず、現在既に支援を始めているケースも含める。

対象者の選出は、支援担当者への本人・病棟からの申し込み、支援担当者が病棟カンファレンスなどに参加した際に得た情報などを基に申請書を作成する。

#### (2) 申請書の提出

- 対象者の受持ち看護師は、患者希望及び申請者の意向等を確認して申請書に記載し、支援担当者に提出する（様式1）。
- その際に、支援担当者は対象者に対して今回の事業の説明を行い、同意を得た上で同意書に署名してもらう（別紙1、別紙2）。

#### (3) 患者希望調査

- 申請を受けた支援担当者は、対象者及び受持ち看護師と面談し、「住むところ」「1日の過ごし方」「医療・福祉サービスの利用」など、地域生活の具体的なイメージや希望を引き出し暮らし方調査票に記載する（様式2）。
- 支援担当者は、対象者以外からも情報収集し、暮らし方調査票の内容を支援項目に整理して、地域生活移行支援計画に記載する（様式3）。
- あげられた支援項目については、あらかじめ対象者に見せて確認しておく。その際には、入院時に退院したらどのような生活をしたのか、ある程度は考えていたかどうかということ聞いて頂きたい。

#### (4) ケア会議の招集・準備・開催

##### ケア会議の招集

- 支援担当者は、暮らし方調査票を参考にしてケア会議の参加者を選定し、開催に向けて調整を行う。
- ケア会議には、家族、院内外の支援者など、対象者の地域生活の支援に欠かせないメンバーが必要に応じて参加する。対象者は、原則としてケア会議に参加する。支援担当者1名は必ず参加する。また、参加者の選定・コーディネートは地域生活支援部門が行う。
- ケア会議の頻度や開催時期は、限定しない。

##### ケア会議で行うこと

- ① 支援項目に基づいて、支援計画を立案する。それぞれの支援に関して役割分担を行い、それぞれの担当者を明確にし、地域生活移行支援計画に記載する（様式3）。
- ② 退院目標時期を設定し、それぞれの支援内容と実施時期を検討し合意を得る。その結果を地域生活移行支援活動記録に記載する（様式4）。
- ③ 計画遂行にともなう調整を誰が行うかを決定し、今後のケア会議の予定や評価の時期、情報共有の方法などを確認する。

#### (5) 地域生活支援計画の実施・評価・プランの修正

- 支援担当者は、支援計画の管理を行う。支援項目ごとに計画の進捗状況を担当者に確認または報告を受けて、地域生活移行支援活動記録に記載する（様式4）。

##### 退院後1週間の時期

退院後1週間の時期に、支援担当者は患者に困っていることを確認し、評価する。



この段階で、退院前の予想との違いや退院後に発生した困ったことなどを明確にし、地域生活の移行・定着がスムーズに行えるよう必要に応じてケア会議を開催し、具体的な対策をたてる。

#### 退院後1か月評価

地域生活へのスムーズな移行及び定着について、退院後1か月で評価を行う。以後は1か月毎に行い、最長でも6か月とする。

#### 4) 事業に関する問い合わせ先

社団法人日本精神科看護技術協会

事務局：〒103 - 0002

東京都中央区日本橋馬喰町2 - 3 - 2 セントピアビル8階

TEL：03 - 3667 - 8661 FAX：03 - 3667 - 8662

担当：仲野 柿島

(別紙1)

## 同意説明文書

(社) 日本精神科看護技術協会  
会長 田中 隆志

この同意説明文書は、社団法人日本精神科看護技術協会（以下、協会とする）が行う「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療包括型マネジメントのあり方の検討」において、研究協力病院の地域生活移行支援担当者（以下、支援担当者）が、事例報告を提供することについて、対象者のご理解と同意をいただくことを目的に作成されたものです。

支援担当者は、以下の事項について対象者に十分な説明を行い、事例報告についての同意を得てください。

1. 事業の目的
2. 事例報告の方法
3. 事例報告の利用範囲
4. 取りやめの自由について
5. 人権擁護と個人情報の保護について

事例報告の提出に同意するかどうかは対象者または代諾者<sup>注-1</sup>のご判断によって決めていただきます。対象者が未成年者の場合<sup>注-2</sup>、対象者からインフォームド・コンセントを受けることが困難な場合には、施設長の許可を得たうえで代諾者より同意を得てください。

\*尚、研究協力病院が本研究用に対象者から同意を得る様式を作成し、同意を得ることで本同意書に代えることができますこととします。

---

注-1：代諾者になっていただく方々は以下の通りです。

1) 対象者が未成年の場合

親権者（複数の場合はそのどちらか）または未成年者後見人（対象者に親権者がいない場合）。

2) 対象者が成年であって、認知症や意識障害等によって有効なインフォームド・コンセントを得ることができないと客観的に判断される場合には、以下の順序で代諾者になっていただく。

任意後見人（但し任意後見監督人選任後であること）、後見人、保佐人等が定まっている場合はその順序。これらが定まっていない場合は、対象者の配偶者、成人の子、または父母、およびそれらに準ずると考えられる人の中から自薦にて就任していただく。

注-2：対象者が15歳以上の場合には、代諾者とともに対象者本人からの同意も必要になります。

## 1. 事業の目的

この事業は「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療包括型マネジメントのあり方の検討」といいます。具体的には、下記のような活動を行います。

- ①病院で「地域生活移行支援部門」を立ち上げ、対象者、家族、多職種、他部門、院外関係者など対象者の退院を支える人を集めて「ケア会議」を開催し、「地域生活移行支援計画」を作成し、それにそって役割分担を行い、対象者の地域への移行・定着を支援する。
- ②「地域生活移行支援部門」は、退院後も地域生活が安定するまで対象者の地域生活支援計画の遂行を管理し、計画の評価・修正を行う。

事業の実施期間は平成20年3月末までですが、上記の活動は平成19年9月1日から11月30日までの3か月間を予定しています。

## 2. 事例報告の方法

事例報告の地域生活移行支援に係る記録（様式1～4）に基づいて行われます。①地域生活移行支援申請書（様式1）、②暮らし方調査票（様式2）、③地域生活移行支援計画（様式3）、④地域生活移行支援活動記録（様式4）です。報告する際には、氏名や住所など個人情報を削除します。

協会では、支援担当者より提出された事例報告を集め、他の事例報告書とともに、書かれている内容を整理し、退院促進および地域生活定着のための支援についての効果や問題点などをまとめます。

### 3. 事例報告の利用範囲

提出された事例報告は、協会が地域生活移行支援モデルを開発し、病院と地域の職員間のよりよい連携のあり方について提言していくための基礎資料として利用します。その他の目的では使用しません。

### 4. 取りやめの自由について

事例報告をすることに同意するかどうかは、あなたの判断によって決めていただきます。同意しないことであなたが不利益を受けることは何也不会あります。また、一旦同意した後も、これを取りやめることができます。その場合には担当の支援担当者に申し出てください。

### 5. 人権擁護と個人情報の保護について

協会では、あなたの人権を尊重し、個人情報の保護について最善の注意を払います。事例報告書には、個人が特定されるような氏名や住所などの記載はしません。

また、提出された事例報告と同意書は、(社)日本精神科看護技術協会が責任をもって管理し、情報の改ざん、漏洩、紛失等の防止を徹底いたします。

社団法人日本精神科看護技術協会  
事務局：〒103 - 0002  
東京都中央区日本橋馬喰町2 - 3 - 2 セントピアビル8階  
TEL：03-3667-8661 FAX：03-3667-8662

なお、事例報告書の扱いと研究の実施にあたっては、次の法律、ガイドライン、倫理指針等に準拠し、あなたの人権擁護と個人情報の保護を保障します。

- 1) 個人情報保護法（平成17年4月）
- 2) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日厚生労働省）
- 3) 精神科医療における個人情報取扱いのガイドラインについて（平成17年3月31日社団法人日本精神科看護技術協会政策業務委員会情報開示プロジェクト）

6. 支援担当者の氏名と連絡先

(\*このページはご本人または代諾者にお渡しください)

事例報告に関する問い合わせや、事業への参加を取りやめたい場合は、以下の支援担当者にご連絡下さい。

事例報告者（支援担当者）

氏 名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

(別紙2)

社団法人日本精神科看護技術協会  
会 長 田中 隆志 様

私は、社団法人日本精神科看護技術協会が行う「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療包括型マネジメントのあり方の検討」について、対象者または代諾者に同意説明文書に基づく説明を行い、事例報告を提供することの是非を判断するための十分な時間を設けました。

## 【説明した項目】

1. 研究の目的
2. 事例報告の方法
3. 登録された事例報告の利用範囲
4. 取りやめの自由について
5. 人権擁護と個人情報の保護について
6. 担当者の氏名と連絡先

担当者 : \_\_\_\_\_

.....

## 同意書

私は、社団法人日本精神科看護技術協会が行う「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療包括型マネジメントのあり方の検討」について、担当者より同意説明文書に基づく説明を受け、その内容を十分理解しました。

上記の担当者が事例報告を提供することに同意します。

同意日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署 名 : \_\_\_\_\_

代諾者 : \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

\* 本書は1部を社団法人日本精神科看護技術協会事務局に送付し、1部を担当者が保管してください

## 地域生活移行支援申請書

申請日：平成 年 月 日

1. 病棟名	_____		
2. 患者名	_____	3. 性別 男・女	4. 年齢 _____ 歳
5. 住所	_____		
6. 連絡先	_____		
7. 担当医名	_____	8. 担当看護師名	_____
9. 診断名 (主病名)	_____		
10. 入院年月日 (今回の入院)	昭和・平成	年	月 日
11. 退院希望時期	平成	年	月 日 ( 頃)
12. 申請者	本人・その他	_____	患者との関係 _____
1) 申請の動機または理由	_____		
2) 申請者の意向や要望など	_____		
13. 家族の意向	_____		

平成 年 月 日

記載者署名：\_\_\_\_\_

記入例

様式 1

## 地域生活移行支援申請書

申請日：平成 19 年 9 月 ○ 日

1. 病棟名	A-1病棟		
2. 患者名	東京 太郎	3. 性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
		4. 年齢	52 歳
5. 住所	東京都中央区馬喰町		
6. 連絡先	12-123-1234		
7. 担当医名	日本 一郎	8. 担当看護師名	馬喰 花子
9. 診断名 (主病名)	統合失調症		
10. 入院年月日 (今回の入院)	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 58年 3月 ○ 日		
11. 退院希望時期	平成 19年 11月 日 ( 頃)		
12. 申請者	<input checked="" type="radio"/> 本人	その他	患者との関係
1) 申請の動機または理由	退院したい。		
2) 申請者の意向や要望など	アパートで一人暮らしして、当面作業所に通います。		
13. 家族の意向	母親が年をとっているので、できれば自分のことは自分で出来るようになってもらいたい。		

平成 19 年 9 月 1 日

記載者署名： 東京 太郎



様式2

## 暮らし方調査票

ケース名： \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

## 1. 住むところ

本人の意向	アセスメント

## 2. 1日の過ごし方

本人の意向	アセスメント

## 3. 医療・地域サービスの利用

本人の意向	アセスメント

## 4. その他

本人の意向	アセスメント

\*本文中では「患者希望調査票」としている

記入例

様式2

## 暮らし方調査票

ケース名： \_\_\_\_\_

平成 19 年 9 月 ○ 日

## 1. 住むところ

本人の意向	アセスメント
<p>アパート生活したいと思っています。これまで、アパートで生活した体験はないけど、まあなんとかなると思っています。アパートは、6畳くらいの広さで、後は台所とトイレと風呂があればいいです。その後は、何からどうすればそれができるのか分かりません。</p>	<p>家族が家族役割を果たせない状況にあるので、保証人等必要な支援を受けることができない。 借金を抱えていて、单身生活を始めるときの経済支援を計画しなければならない。</p>

## 2. 1日の過ごし方

本人の意向	アセスメント
<p>退院してしばらくは、仕事は無理だから、作業所に行きながら生活して、調子がよくなれば働いて生活したいと思っています。</p>	<p>日中臥床して過ごしており、退院前に生活リズムを整えなおす必要がある。</p>

## 3. 医療・地域サービスの利用

本人の意向	アセスメント
<p>作業所しか知りません。作業所に行きたいと思います。</p>	<p>地域で活用できる資源について、情報不足。作業所以外に通院の必要性も本人は分かっていないので、これまで継続治療ができなかったため、支援計画のポイントと考えられる。</p>

## 4. その他

本人の意向	アセスメント

## 地域生活移行支援計画

ケース名：  
支援が必要なこと

NO	月日	支援項目	→	支援策	担当者

記入例

様式 3

## 地域生活移行支援計画

ケース名：  
支援が必要なこと

NO	月日	支援項目	→	支援策	担当者
1	9/△	住むところがない アパートが決まっていない		<ul style="list-style-type: none"> <li>●住居探し (いつ、どんなふう探すか計画する)</li> <li>●家賃、敷金、礼金など支度金 援助について情報収集と提供</li> <li>●单身生活に必要な物の準備</li> <li>●予算づくり</li> </ul>	Ns  PSW  本人と担当Ns 本人と担当Ns
2	9/□	認知障害があって借金が増えるかもしれない		<ul style="list-style-type: none"> <li>●障害の理解</li> <li>●金銭管理をする時に利用できる 資源の情報収集と提供</li> </ul>	本人と担当Ns, OT  PSW

様式 4

## 地域生活移行支援活動記録

ケース名：

支援項目	時期

記入例

様式4

## 地域生活移行支援活動記録

ケース名：

支援項目	時期	9月中	10月中		
1.住むところがない		9/10・12:本人とPSWが物件を探す。 9/15:PSWが相談支援事業所に障害者が入居できる物件について情報提供の依頼をする。	10/3:本人と担当Nsとアパートを歩いて探した。		
2.借金が増えるかもしれない		9/20～:心理教育プログラムに導入			

## ケア会議 会議録

\*会議毎に下記の項目と検討内容を記入して下さい。

\*所定の議事録がある場合は、それを添付していただいても結構です。

【日 時】 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分

【対象者氏名】

【開催場所】

【出席者】

【検討内容】

## ケース報告書

施設名：

ケース名	—	性別	1. 男 2. 女	年齢	歳
疾患名					
入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. その他 ( ) 入院				
家族背景と キーパーソン					
入院の経緯  ※長期入院患者の場合、 経緯の記載は不要です。	入院回数： 1. 初回 2. 再入院 ( ) 回目				
支援開始時の状況 (病状等)	入院期間 (支援開始時)： 年 か月				
退院困難な理由					

支援開始時期	1. モデル事業前	平成	年	月	日
	2. モデル事業開始後	平成	年	月	日
退院時期	1. 退院日時	平成	年	月	日
	2. 未 定	見込み時期 ( )			
退院先 (予定を含む)	1. 単 身	2. 家族同居			
	3. 施 設 (種類：	)			
	4. その他 (種類：	)			



## 支援担当者活動報告

ケース記号： —

支援担当者名：

<p><b>調整活動</b></p> <p>&lt;対象・内容&gt;</p> <p><input type="radio"/>会議等</p> <p><input type="radio"/>患者家族</p> <p><input type="radio"/>院内職員</p> <p><input type="radio"/>病棟職員</p> <p><input type="radio"/>院外活動</p> <p><input type="radio"/>その他</p>	
<p><b>支援活動</b></p> <p>&lt;対象・内容&gt;</p> <p><input type="radio"/>患者本人</p> <p><input type="radio"/>患者家族</p> <p><input type="radio"/>病棟看護師</p> <p><input type="radio"/>その他</p>	
<p><b>その他の活動</b></p> <p>&lt;対象・内容&gt;</p>	

※記入上のお願い：活動の日付（期間）、対象、内容、頻度等を記載してください。

# 資料2 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業 分析データ

## 1. 退院困難な理由が患者側にある場合の支援について

### 1) 病状に関する支援が必要な場合

#### (1) 本人の意向

病状に対する支援が必要な場合の本人の意向

No	本人の意向
B-1 016	家は「やっつけ」が来るので怖い
B-1 018	元夫と復縁して一緒に暮らしたいが、不安もあるので、やっぱり独りで家に帰って暮らしたい
C-1 033	調子が悪くなるとうつぶさくなって分けがわからなくなる
C-1 034	心配症などこともあるんよね
C-1 035	寂しくなったりするんよ
C-2 005	退院するならDCと訪問看護を受けなさいって医師に言われた。
C-4 003	自分の考えが家でもどこでも誰かに漏れてるようで不安
E-1 002	一人は寂しい。仲間がたくさんいたらと思う
E-5 002	いろいろな音が気になると頭がざわつく。

#### (2) アセスメントの内容

病状に対する支援が必要な場合の病状に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-1 036	健康に対して、過剰な考え・強迫的な面がある
C-1 037	生活の中にうまく組み込んで健康維持・ストレス発散に繋がるような支援が必要
C-2 006	病状が悪化し、孤独感や被害感が強まると今までの悪化時のように、行方不明・企図（念慮）に発展する可能性がある。
C-2 008	今回の入院時、以前の入院時共に行方不明・自殺念慮あり。
C-2 009	精神的なサポート体制・危機的状況への介入体制・服薬管理なども必要。
C-2 010	自分の中での思いこみを解決出来ず、症状に発展しやすい。
D-3 002	症状が不安定
D-4 002	病識がない
D-6 005	夫に対して慢性的に妄想があり、悲観的
D-6 020	右下肢麻痺があり、日常生活を送るのにには援助が必要である
D-6 021	入院中も自室で寝たきりの状態
D-6 022	右下肢麻痺により日常的に援助が必要
E-1 005	現状では、振れ幅が大きいのでアプローチ方法について検討要
E-1 014	多弁、多動の繰り返しになってる。薬剤調整は特になくても、その波がある。
E-5 003	症状との付き合い方について、現在の方法が適切かどうかについて、本人と共に検討していく。
E-5 004	欲張りすぎて、無理をしてしまう傾向があるので、無理というタイミングを本人が自覚できるSOSサインを見つけていく必要あり。

病状に対する支援が必要な場合の生活状況に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-1 019	姉は自宅への退院を優先に考えている
B-1 020	支援会議を開いて、姉の意向と本人の希望など互いの意思確認をしながらの調整が必要
D-4 006	昼夜逆転傾向
D-4 007	生活リズムが不規則
E-1 016	家族状況の変化（母親が抑うつ的、父親が脳梗塞で入院する等）

## 病状に対する支援が必要な場合の対人関係に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
D-4 008	他患との交流は殆どなく、妄想により現実的な会話を持つことが難しい
E-1 003	淋しさが、行動のネックになる
E-1 004	人との付き合いバランスについては、病状的な事も関連してくるので、揺れやすい状況

## 病状に対する支援が必要な場合の通院継続の可能性に関するアセスメント

No	アセスメントの内容
D-4 003	定期的な通院が困難
D-4 004	通院しない、薬を飲まないといったことがあった
D-6 006	通院が出来るかどうか分からない状態で、医療の継続が難しい

## 病状に対する支援が必要な場合の訪問看護の必要性に関するアセスメント

No	アセスメントの内容
C-2 007	訪問看護 1～2回 / w程度は必要。
D-4 005	訪問看護を通して、人とのかかわりを広げたり、医療継続の支援が必要と考えられる
D-8 031	退院後は病状安定維持、悪化の早期対応のため、訪問看護が必要

## 病状に対する支援が必要な場合のその他のアセスメント

No	アセスメントの内容
B-1 017	本人は、その場で迷いが生じるようであり、何回か支援会議を繰り返して行う必要がある
C-1 039	定期的な声掛けや積極的に相談に乗ることで、不安軽減に向け具体的にかかわることが重要
C-2 011	相談出来る関係作りが重要。

## (3) ケアプランの内容

## 病状を安定させるための支援についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
C-2 012	自分で体調管理する
D-3 003	精神症状のコントロール
D-3 004	独り言が多いので両親に心配をかけないかが心配
D-8 034	精神症状のコントロール
E-1 006	症状が安定しない
E-1 007	躁状態が主症状になっているので、沈静のため生活枠組を短期的に設定
E-5 005	症状との付き合い方（無理をしてしまう傾向があり、SOSのタイミングがズれる）

## 退院後の通院への支援についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
D-4 009	薬をきちんと飲む・定期的に通院する
D-4 014	退院後の受診方法を具体的に決める
D-4 015	外来受診への動機付け
D-6 010	通院方法の検討
D-8 036	通院介助

## 訪問看護導入への支援についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
D-8 033	退院前訪問
D-8 037	訪問看護

## (4) 退院支援の活動内容

## ① 病状を安定させるための支援

## 病状や治療方針の確認

No	退院支援の活動内容
D-3 009	医師に治療方針の確認をする

D-3 010	医師に病状について確認（支援を検討していくうえで必要）
D-4 042	医師に治療方針の確認をする
D-4 043	どんな働きかけをしているか、どのような働きかけが必要かについて、受持ち看護師に確認
D-8 012	医師に治療方針の確認をする
D-8 038	医師に病状について確認
D-8 045	医師に治療方針の確認、支援の進行状況を伝える
D-8 046	病状について確認（支援を検討していくうえで必要）
D-8 050	退院後のケア会議を提案

## 病状の把握

No	退院支援の活動内容
B-1 006	自宅での生活が長く続かない
B-1 008	不安の軽減
C-1 040	在宅カンファレンス（10分）『病状の揺れあり、支援計画の調整』
C-1 041	病棟カンファレンス（10分）『睡眠障害・悪化傾向であること』『DC利用も含め、支援計画の調整の提案』
D-4 037	精神症状の把握

## 緊急時の対応についての情報共有

No	退院支援の活動内容
B-1 027	緊急時の対応、問題があった時の対応先の確認をする

## ② 退院後の通院への支援

## 退院後の通院への支援

No	退院支援の活動内容
B-1 023	退院先についての最終確認を行う
D-4 033	外来受診→寝ていて受診できず
D-4 034	次回受診日、訪問日をメモに書いて渡す
D-4 038	外来受診→寝ていて受診できず
D-4 039	次回訪問、受診日のメモを母に預ける

## ③ 訪問看護導入への支援

## 保健師や訪問看護師へ情報提供

No	退院支援の活動内容
D-4 035	保健師訪問：保健師に訪問時の注意点について伝える
D-4 046	保健師との同行訪問について、どのような体制で行ったらよいかについて相談に応じ、助言・提案する
D-4 047	保健師への連絡、同行訪問日時の調整をPSWに依頼する
D-4 048	保健師への訪問時の観察項目を伝える
D-8 048	訪問看護師に情報提供
D-8 049	ケア会議の内容を訪問看護師に伝える

## 訪問を行う看護師へ病棟訪問を依頼

No	退院支援の活動内容
B-1 025	訪問Nsに病棟訪問を依頼する

## 退院前訪問、退院後訪問の実施

No	退院支援の活動内容
B-1 029	外泊時の訪問を行う
B-1 031	退院後訪問に同行する
D-4 017	退院前訪問実施
D-8 040	外泊、退院前訪問実施
D-8 047	退院後訪問（1回）

## 2) 服薬に関する支援が必要な場合

## (1) 本人の意向

服薬に関する支援が必要な場合の本人の意向

No	本人の意向
C-1 017	今は薬は自己管理（自立期）
C-1 018	DCに来る時は薬を持ってきて飲んでいる
C-3 021	薬をきちんと飲まなきゃいけないと勉強したので大丈夫
D-1 017	仕事のことを考えると薬の量を減らしたい
D-1 018	精神科薬を飲み続けることに不安や抵抗があります
D-1 019	薬を飲むと、倦怠感、眠気がある
D-1 020	統合失調症ではないと思う
D-6 002	薬を飲むと馬鹿になる

## (2) アセスメントの内容

服薬に関する支援が必要な場合の病気・内服への意識に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
D-1 021	病気の否認
D-1 022	薬に対する抵抗感がある
D-1 024	薬の内容や作用・副作用、量に関心がある
D-6 004	病識がなく、薬に対しても拒否的

服薬に関する支援が必要な場合の服薬中断のリスクに関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
D-1 023	退院後、服薬を中断してしまう
D-1 025	服薬中断のリスクが高い
C-3 022	怠薬・拒薬にて病状悪化しやすい

服薬に関する支援が必要な場合の服薬状況に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-3 023	現在服薬自己管理自立期と訓練期を繰り返している
C-3 024	本人は大丈夫と話しているが、自己調整をしてしまう
C-3 025	服薬調整をしたくなったら時は主治医に相談できるように支援が必要
C-5 009	服薬自己管理グループの導入他、入院中よりデイケア再開
C-5 016	服薬管理・セルフケア能力の評価をし、心理教育などでフォローできるものがあれば活用していく
D-1 026	服薬支援・家族調整のため訪問看護が必要ではないか

## (3) ケアプランの内容

服薬指導についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
B-1 004	症状が安定してから服薬指導依頼する
C-3 026	薬の相談
D-1 030	薬の相談にのる、薬の必要性を説明する
D-3 008	自己内服
D-4 010	服薬の必要性を話す
D-4 016	服薬の必要性を話す
D-6 008	服薬を促す・必要性を説明する

薬物調整についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
C-3 027	薬を調整したくなっても、する前に主治医に相談できるようになる。
D-1 027	服薬支援（自分に合った薬を見つける）
D-6 009	薬物調整

## 服薬自己管理に関するケアプラン

No	ケアプランの内容
B-1 005	服薬自己管理について指導を行う
A-4 020	訪問看護に行った際に、次回訪問日までの薬を服薬カレンダーにセットしてきてもらう（訪問看護）
C-1 019	服薬自己管理（デイケアにも薬を持参）
C-5 019	服薬自己管理グループへの参加と服薬管理の開始

## 服薬確認に関するケアプラン

No	ケアプランの内容
A-4 021	市の保健師やヘルパーにも声掛けや内服状態を確認してもらう
D-1 029	薬をきちんと飲む、飲み心地を伝える
D-1 036	訪問看護（1回/週→1回/2週）
D-1 037	外来受診（1回/週→1回/2週）
D-4 011	服薬確認
D-4 012	薬をきちんと飲む
D-4 013	服薬を促す、確認する
D-6 007	薬をきちんと飲む

## (4) 退院支援の活動内容

## ① 服薬指導への支援

## 服薬指導導入の提案

No	退院支援の活動内容
D-1 032	服薬指導について主治医・受持ち看護師に提案

## 服薬指導への同席

No	退院支援の活動内容
D-1 039	服薬指導に同席、助言、提案する

## ② 服薬自己管理への支援

## 服薬自己管理への支援

No	退院支援の活動内容
C-3 028	服薬自己管理の継続（自己調整を行わないように指導強化）
C-5 023	服薬自己管理グループへの参加検討
C-5 026	服薬管理、体調の報告と相談、尿漏れのリハビリ
D-8 041	自己服薬開始
D-8 042	外泊中の服薬状況、飲み心地について確認

## 飲み忘れ時の対処法の指導

No	退院支援の活動内容
C-3 029	自己調整を行わないように声掛け・見守り、飲み忘れ発生時の対処方法
C-3 030	1回分薬が合わないと（薬の管理）相談できる

## ③ 服薬状況を確認するための支援

## 医師や薬剤師との情報共有

No	退院支援の活動内容
D-1 033	薬剤師に患者の情報提供
D-1 035	訪問の様子を医師に報告する
D-1 040	退院後の服薬状況を薬剤師に伝える

## 服薬確認

No	退院支援の活動内容
D-4 018	服薬状況の把握

D-4 036	服薬状況
D-1 038	服薬状況を聞く

## 訪問看護の導入の提案

No	本人の意向
D-1 034	訪問看護について、主治医に提案
D-1 042	訪問看護（5回）

## 3) 地域生活に関する支援が必要な場合

## (1) 本人の意向

## 地域生活に関する支援が必要な場合の住むところについての本人の意向

No	本人の意向
B-5 007	2泊3日の体験利用を早くしたい
B-5 016	<2泊3日の体験入所後>2日目はなにもすることがなくて、退屈だった
B-5 020	福祉ホームに退院したい。でも、自分にできるかな？
C-3 015	家に帰りたいが、家族と住むのは無理。一人暮らしがしたい。福祉ホームに入りたい。
C-5 002	また家で生活できるようにしたい。
D-5 001	出来れば自宅で兄と暮らしたい
D-6 033	自宅へ退院したい

## 地域生活に関する支援が必要な場合の日中の過ごし方についての本人の意向

No	本人の意向
C-1 002	必要なものとか生活費とかかわからない
C-1 003	周りは無理してると言ったりするけど、そんなつもりはない
C-1 004	今は体力的にも仕事にもう一度就けそうな気がしている
C-1 005	けど、頑張り過ぎないほうがいいのかな？
C-1 043	土日の過ごし方が問題なんよね
C-1 044	昼休みのトランプに参加したいけど、休養を取らなくちゃと思って病棟で休んでいる
C-2 033	DCはもう絶対行きたくないと思っていたけど、大丈夫だった
C-2 034	就労準備訓練には戻りません。いろいろ言われるから
C-3 002	毎日一人で生活するのは不安
C-4 002	体調を整えて退院後の生活を送りたい
C-4 012	子供とどう接したら良いのかが分からない
C-5 004	散歩も殆どしていない。
C-5 005	DCに1回/W来るのもやっとだった。
D-1 002	退院して早く仕事をしたい
D-6 019	動きたくても足が動かない
D-6 034	人とのかわりは苦手
D-8 001	一人で過ごすことについての心配はない、一人で過ごせそう
D-8 002	作業所の見学に行きたい
D-8 004	訪問看護、ヘルパー支援に対しての受け入れあり
D-8 005	本人がどの程度の生活能力があるのかわからない

## 地域生活に関する支援が必要な場合の家事についての本人の意向

No	本人の意向
A-4 002	訪問看護やヘルパーの協力を得ながら、自宅で生活していきたい
A-4 003	(サービス利用は)今まで通りでいい。食事は自分で作る
C-5 003	前は家事手伝いをしてたけど、最近はあまりしなくなった。
D-7 001	ご飯は自分で炊けるが、おかずは自転車で、惣菜を買っていた。
D-7 002	退院後、自転車に乗れるまでは買い物に困る。
D-7 003	配食でもいいと思っている
D-8 003	皿洗いならできそう

## 地域生活に関する支援が必要な場合の金銭管理についての本人の意向

No	本人の意向
C-1 020	小遣いは¥1000/ w位遣っている
C-1 021	お金が貯まるまでは節約するよ
C-1 022	一人暮らしの資金を貯める
C-1 023	10万あったらそのお金で競馬に行ってみたい
D-5 012	お金の管理がしたい
D-7 004	サービスを受けてもいいが、お金のことが心配

## (2) アセスメントの内容

## 地域生活に関する支援が必要な場合の日中の過ごし方に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-5 017	入所後、日々のスケジュールが立てば、それなりに過ごせるのではないかと
C-1 006	住まいに必要な物品の準備、団体生活での役割を果たすこと（掃除の分担）など、イメージがどの程度できているのか？漠然としている
C-1 007	生活・病状の安定のために、休日の過ごし方のシミュレーションや生活全般へのサポートが必要
C-1 045	DCではうまく適応し、楽しめているが、休憩の取り方に課題が残る
C-2 022	休養をとることも苦手
C-2 035	活動性が向上してくれば就労準備訓練の復帰も考えられる
C-4 009	疲労しやすく生活リズムも崩れやすい
D-8 006	父親と妹の三人暮らし。日中は一人で過ごすことになる
D-8 007	日中の過ごし場所として、作業所も検討する
D-8 008	簡単な家事を手伝いながら、生活することを目標にする

## 地域生活に関する支援が必要な場合の本人の生活能力に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-2 021	余暇・一人の時間・生活の維持など、本人の力がどの程度なものなのか、掴めない。
C-3 003	金銭の負担について本人の生活力、対応力、臨機応変さなどが要求される
C-3 005	一人で生活するということが想像がつかない印象
C-4 004	幻聴に左右され、家事をこなすにも変動がある
C-4 010	家事・育児全般に誰かの支援が必要
D-7 007	洗濯は自分でできる
D-7 009	入院中、自分でバスの乗り、手続きのための外出は出来ている
D-7 010	入院前は銭湯に行っていた
D-7 011	主な交通手段は自転車
D-7 012	食事について：DM 入院中は1600カロリー食
D-8 009	外泊の中で、できることとできないことを確かめていく。サービスも検討する

## 地域生活に関する支援が必要な場合の本人の対処能力に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-1 008	最近相談することは出来るが、相談するまでに時間がかかる
C-1 009	本人に様々な意向はあるが、対処能力はあまり高くない様子
C-3 004	「何かあれば聞ける」という力を大切に支援し強化する必要がある
C-4 008	自分の力を把握出来ずにいろんなことをやろうとして不安となり、混乱することも多い
C-5 008	経過を振り返り、対処行動の獲得に繋げていく

## 地域生活に関する支援が必要な場合のADLに関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-4 011	セルフケアについても指導が必要
C-5 015	今後は今まで出来ていたことも出来なくなる可能性が高い

## 地域生活に関する支援が必要な場合の対人関係能力に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-4 005	子供の相手も状態が良ければ出来ている



C-4 006	今回の入院は育児から離れたことも理由のひとつだった
C-4 007	反抗期の子供の言動に過敏になり、感情の起伏が激しい
D-6 035	ほとんど夫と二人で過ごすことが多かった
D-6 037	集団で過ごすことは好きではない
D-7 008	他者との交流は殆どなく、一人で過ごしていることが多い

地域生活に関する支援が必要な場合の援助の有効性に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-5 007	訪問看護は本人・家族にとって有効なサービス

地域生活に関する支援が必要な場合の施設入所へ向けての不安に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-5 008	不安もあるだろうが前向きな様子
B-5 009	体験入所の日が決まらない時期は、イライラと焦り、不眠、身体的訴え、無気力など落ちつかなくなる事が考えられる
B-5 018	徐々に不安が増強しつつある様子
B-5 021	退院したい気持ちを保持できるよう援助する必要あり
B-5 022	協力者、支援者がたくさんいることを伝え、安心して一步踏み出せるような働きかが重要である
C-1 038	今後福祉ホーム入居に向け具体的不安の解消を進めていく必要があるが本人の焦りが強い

地域生活に関する支援が必要な場合の退院先に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
D-5 002	兄は未婚で一人暮らし。自分一人でも家事が大変なのに、弟の面倒まで見れないと話している
D-5 003	住む場所の検討が必要
D-7 005	今回入院したため約10か月空き家になっている
D-7 006	退院にむけ生活環境を整える必要性がある

地域生活に関する支援が必要な場合の活動意欲に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
C-3 006	目の前の「自分がしないといけないけど出来ない」と言う事にばかり目がいつている
C-5 006	活動性は徐々に低下している。意欲も同様
C-5 017	本人の精神的側面のサポート(承認)は重要なケア
D-6 036	活動への意欲もない

地域生活に関する支援が必要な場合の金銭管理に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
A-4 005	生活費がお酒やパチンコにいつてしまう可能性も高い
C-1 024	以前外出時に馬券を購入して欲しいと言ったことがあり、退院後にギャンブルにはまり経済的に困る状況になることを病棟スタッフは懸念している

### (3) ケアプランの内容

#### ① 日中の過ごし方に関するケアプラン

退院後の生活イメージをつかむための支援

No	ケアプランの内容
C-2 024	退院後の生活イメージを掴み退院までにしておかなければならぬことを把握する
D-6 038	家での生活に慣れる
D-6 039	外出・外泊
D-8 032	外泊訓練、外泊訓練立案、外泊中の過ごし方を一緒に考える、SSTに参加する
E-1 010	本人と共に、本人の希望するセルフケアを査定。本人も言葉で目標を設定。達成するための具体策を考える
E-5 013	退院後の生活スケジュールについて短期1W～2Wに本人の状態に合わせて検討

## 過ごし方に対する支援

No	ケアプランの内容
C-1 012	予定は余裕をもって決める
C-1 047	休日の過ごし方のイメージ作り
C-2 023	休息と活動調整
C-2 027	ひとりの時間の過ごし方
C-4 016	休養の取り方の提案
D-1 005	生活のリズムを守る

## セルフケア能力・対処の能力への支援

No	ケアプランの内容
C-1 010	困ることは早めに相談する
C-1 011	気になっていることは早めにスタッフに相談
C-1 013	解決出来きそうなことは早めに片付ける
C-5 018	セルフケア能力の評価
C-5 020	対人交流場面での援助
C-5 021	困った時の相談
C-5 022	体調管理：睡眠・精神症状の安定に向けた対処方法の提案、尿漏れのリハビリ
E-5 006	セルフケア査定を本人と共に実施
E-5 007	不足していることについて確認
E-5 008	不足部分を充足するためのケアプランを共に計画
E-5 009	計画の実施評価をする ふりかえりの時間をつくる
E-5 010	不安が広がっている、作業能力が低下している

## 地域資源利用に関するもの

No	ケアプランの内容
A-4 028	日中過ごせる場所の提供
A-4 029	地域活動支援センター見学
A-4 030	どのように通所するか
A-4 031	お金がかかるか
A-4 032	送迎サービスがあるかどうかの確認を行う

## 退院前訪問

No	ケアプランの内容
C-5 014	退院前訪問看護の活用
D-6 040	退院前訪問

## デイケアの導入や利用についての支援

No	ケアプランの内容
C-4 018	デイケアにて継続支援
C-2 036	デイケア利用開始
C-2 037	デイケア回数UPの検討（本人と面接）
C-1 046	昼休みにもデイケアで過ごし、デイケアで休息をとる
C-5 012	デイケア活動参加

## ② 住むところに関するケアプラン

## 入所施設利用に関する支援

No	ケアプランの内容
B-5 010	主治医より、施設体験入所の許可あり
B-5 011	PSW と福祉ホーム見学
B-5 012	福祉ホーム体験入所
B-5 013	2泊3日の体験入所

## 退院先の検討

No	ケアプランの内容
B-1 009	自宅以外の退院先の可能性を見つける
B-1 012	退院先について姉と相談をする

## ③ 家事に関するケアプラン

## 家事に関する支援

No	ケアプランの内容
A-4 010	日常生活の援助
A-4 011	食事：姉に定期的に食材の補充を依頼する
A-4 012	本人が自分で調理したりする
A-4 013	OT 料理レクに参加を促していく
A-4 014	洗濯・掃除：ヘルパーには掃除以外はなるべく本人ができるように声かけをしたり、少し手をかけてもらう程度にどとめてもらい、生活のメリハリがつくように支援する
C-2 026	家事
C-3 007	食事の確保（冷凍食品を食べることが出来るようになる）
C-3 008	冷凍食品の種類、電子レンジの使い方確認
C-5 013	外出・外泊時の自宅での状況の把握、家事手伝い：とりあえずは簡単な掃除
D-5 015	生活必需品の買い物
D-7 013	掃除をする
D-7 014	ライフラインの確認し使えるようにする
D-7 016	買い物、食事について本人を含めて検討する

## ④ 活動意欲に関するケアプラン

## 活動性に関する支援

No	ケアプランの内容
C-5 010	活動性の維持・向上
C-5 011	中央活動への参加

## ⑤ 金銭管理に関するケアプラン

## 退院先の周辺を調べる

No	ケアプランの内容
C-1 025	外出して周辺の店の場所を知る 必要物品の購入や予算調べ
C-1 026	同伴外出
C-1 027	周辺の店を調べ、必要物品の予算を調べる

## 退院後の生活の予算立案

No	ケアプランの内容
C-1 030	デイケアの大まかな概算を知る
C-1 031	入居後の1か月の収支のおおまかな予算を知る
C-1 032	福祉ホーム入居時の必要物品の予算を知る

## 金銭自己管理に関するケア

No	ケアプランの内容
A-4 006	金銭管理
A-4 007	本人の障害年金から仕送りをしてもらう
A-4 008	お金の使い方を本人と確認する（ノートなどへの記載）
C-1 028	現金管理の開始と小遣い帳の継続
C-2 025	金銭的なこと
D-5 013	金銭管理
D-5 014	ATM を利用し2万円/月の小遣い管理する
D-5 016	ATM の手順を手紙に書く
D-5 017	慣れるまでは払い戻し時付き添う

D-5 018	通帳・カードの準備・毎月の振込み
D-5 019	ATMの使い方を練習する

## ⑥ その他に関するケアプラン

地域生活に関する支援が必要な場合のその他に関するケアプラン

No	ケアプランの内容
D-6 023	自室のトイレに自分で歩いて行くよう頑張る
D-6 024	リハビリ室での訓練を続ける
D-6 025	介護保険制度の説明
D-6 026	介護保険の申請手続き
D-6 027	ADLの評価・在宅環境の評価
D-6 028	可能なサービスの提案・情報提供
D-6 029	介護認定調査
D-7 015	外出時、店の確認をする
D-7 017	サービスの情報提供
D-7 029	経済状況の確認
D-7 030	サービス利用料についての情報提供
D-7 031	自立支援医療の更新手続き
D-7 032	自立支援サービスの申請手続き

## (4) 退院支援の活動内容

## ① 住むところに対する支援

住むところの検討

No	退院支援の活動内容
B-5 001	自宅以外の住居を考える
B-5 002	PSWと相談する
D-5 008	退院に向けて家族に説明してもらうことについて提案、病棟スタッフと検討し、医師に伝える
D-5 009	面談前に兄と面接、意向を聞く
D-5 010	面談後、支援関係者と今後の支援の検討をする
D-5 011	患者と面会、意向を聞く

施設入所のための調整

No	退院支援の活動内容
B-5 003	PSWより、福祉ホームの紹介あり。見学を予定する
B-5 005	福祉ホームの見学に行く
B-5 006	本人は、自宅に帰りたいという思いも残しながら、現状を受け入れて、福祉ホームの見学をする
B-5 014	福祉ホームより、体験入所の説明に来院
B-5 015	福祉ホーム体験入所
B-5 019	5泊6日の体験入所がプレッシャーになったのか？病状悪化
B-5 024	5泊6日の体験入所予定→病状悪化にて中止
B-5 025	3泊4日の体験入所予定→中止 9/30-再調整
C-3 016	家族福祉ホームの契約について日程調整
C-3 017	在宅カンファレンス：福祉ホームの契約について日程調整
C-3 018	体験入居契約・施設見学2回目

## ② 日中の過ごし方に対する支援

本人の意向確認

No	退院支援の活動内容
B-5 023	地域支援担当者面談
C-4 021	本人との面接「本人の意向確認」
C-4 024	本人との面接
D-8 017	退院に向けての話し合い
D-8 018	外泊訓練を行う

D-8 019	外泊中にやってみたいことを話し合う
D-8 025	患者と面会し、本人の意向を聞く
D-8 026	得られた情報を看護記録に記載

## 作業所等見学同行

No	退院支援の活動内容
D-8 020	作業所見学同行

## デイケアの導入や利用についての支援

No	退院支援の活動内容
C-2 028	在宅カンファレンス（10分）『DC導入に拒否強いため、支援計画の提案』
C-2 029	在宅カンファレンス（15分）『本人とDCスタッフの面接場面に同席することを決める』
C-2 030	本人との面接（30分）『DC導入の提案』
C-2 031	本人との面接（10分）『DC導入の提案』
C-2 032	本人DC来所時のサポート（毎週木曜日）
C-4 022	外泊時にDC見学参加。来所時に本人との面接

## 退院前訪問の実施

No	退院支援の活動内容
A-4 018	外泊時に自宅を訪問し、自宅での様子や困っていることなどを聞く
C-5 027	退院前訪問の導入
D-7 023	退院前訪問看護の日時調整をPSWに依頼

## 支援内容の検討

No	退院支援の活動内容
C-4 019	訪問看護スタッフ・受持ち看護師との支援者会議
C-4 020	在宅カンファレンス『対処行動への支援について』

## 他職種との連携・情報共有・相談

No	退院支援の活動内容
C-5 028	外来引継ぎで外来看護師・訪問看護スタッフと情報共有
D-6 032	受けられるサービスについて、ケア会議で情報として提供できることを目的として院内ケアマネにコーディネートしてみようよう依頼する
D-7 020	知りえた情報を各支援者に伝える
D-7 021	利用できるサービスについての情報を病棟スタッフに提供
D-7 022	制度の説明をPSWに依頼
D-7 024	行政への連絡をPSWに依頼
D-7 025	必要な支援、利用できるサービスについてPSWと検討
D-8 011	各支援者からの支援に関する相談に応じ、提案、助言する
D-8 013	医師に支援の進行状況を伝える
D-8 022	必要だと思われる支援の提案・検討、サービスの提案
D-8 023	保健師参加の検討をPSWと行う

## 退院支援計画立案における受持ち看護師への支援

No	退院支援の活動内容
D-1 016	病棟看護師に退院後の生活を考え、入院中の支援を提案、確認、明確にする
D-7 018	具体的な支援の進め方について、受持ち看護師と一緒に話し合う（外出の時期とか、退院の見通し、支援を順序だてる）
D-7 026	具体的な支援方法について提案・助言（例えば…食事について、自分で作らなければ、ヘルパー支援や配色サービス、ヘルパー導入に拒否があるのは理解不足かもしれないので、外泊時実際に食事の支度を支援することでイメージを持ってもらったり、便利さがどうか知ってもらったらどうか）
D-7 027	支援担当者は進行・まとめで補助的かわりをする
D-8 010	退院後の生活を考え入院中に必要な準備について受持ち看護師に助言・提案・相談に応じる

D-8 024	受持ち看護師に本人の思い（退院後の生活について）情報収集してもらうようお願いする
D-8 027	受持ち看護師と患者情報の交換
D-8 028	受持ち看護師に対して、支援計画（看護計画）・外泊計画立案、かかわり方、支援の進め方について提案・助言・相談に応じる
D-8 029	支援の進行状況の確認・把握
D-8 030	退院後の生活を考え入院中に必要な準備について受持ち看護師に助言・相談に応じる
E-5 011	セルフケア査定とふりかえり 患者と受持ちNsと、ケア計画について共に検討（1回/W）

## ③ 家事に対する支援

## 食事に関する支援

No	退院支援の活動内容
C-3 010	冷凍食品を使つての調理実習、総菜・レトルト食品の活用など
C-3 011	電子レンジなどの使い方を振り返り、意識を強化する
C-3 013	次回外出時の要点（食事の確保）を考える
C-5 024	外泊・外出時の家事
A-4 016	O Tの料理レクリエーションへの参加を促す

## 家族への説明・協力依頼

No	退院支援の活動内容
A-4 015	外泊などへ行く際には食材の手配などの依頼をお願いした
D-6 041	夫に対し、受持ち看護師に同行し外出計画（今後の具体的な支援）について理解が得られるように説明する

## ④ 活動意欲に対する支援

## 相談活動

No	退院支援の活動内容
C-5 025	定期的な面接で相談→自分から相談できるように

## ⑤ 金銭管理に対する支援

## 金銭管理指導

No	退院支援の活動内容
A-4 017	お金の使い道の記載、自分で買い物へ行く、洗濯をするなど、自宅へ帰ってから最低限自分でやらなければならないことを、日常生活の中でやっていけるように声掛けをする
B-5 004	1か月の居住の為の経費、食費他、小使いを含む金銭の説明を受ける
B-5 026	金銭自己管理に移行
B-5 027	今までは、本人希望で週2回であったが今後、施設で生活する為には、自分で管理する必要ありと説明
B-5 028	本人希望により、金銭自己管理に移行
C-3 012	金銭出納帳の記載ミスの相談ができる
D-5 020	患者のATMの練習に付き添う

## ⑥ その他についての支援内容

No	退院支援の活動内容
A-4 009	姉は、退院については難しいと考えている 特に本人の服薬管理・金銭管理
C-3 019	単身生活に向けての私物整理
C-4 023	対処行動への支援・休息の取り方の提案
D-1 012	生活の状況
D-1 013	気がかりについて
D-1 014	生活の仕方、仕事の仕方について、助言、提案する
D-1 015	電話にて生活の様子を聞く
D-6 031	介護保険の説明をPSWに依頼する
E-1 018	家族状況が悪いので、家族状況の悪化を防ぐ為、本人と家族の関係調整
E-1 019	本人に家族状況を伝え、家族とのかかわり方を調整

E-1 020	面会時など、直接家族とあってアセスメント
E-1 021	家族が安心できるよう治療についての説明 1回/月
E-5 012	暮らし方について、本人には傾向と対策についてアドバイス (1回/W)

## 2. 退院困難な理由が家族側にある場合の支援について

### 1) 家族との関係性に支援が必要な場合

#### (1) 本人の意向

退院困難な理由が家族との関係性にある場合の本人の意向

No	本人の意向
E-2 003	自宅で暮らし、時々、母親のところに行くようにしたい
B-3 002	お金の管理が心配
B-3 010	相談支援事業所の利用については、交通費が心配
B-3 015	グループホームに行きたい。母との話し合いで、可能であれば自宅に帰りたい
B-3 018	グループホームがイメージと違っていた
B-3 019	体験入所している人の家族がおられ気になった。入所中の人が気になる
B-3 023	自宅へ退院し、母の面倒をみたいと思う
B-3 026	グループホームに退院します
B-4 015	早く退院してアパート生活がしたい (独居)
E-4 002	「自分のことは自分で」という父親の言葉を実践し、自立した生活を目指したい
E-4 029	これからは親のことも考えられるようになりたい

#### (2) アセスメントの内容

退院困難な理由が家族との関係性にある場合の本人の意向に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-3 016	退院の意思は強い。家族との微妙な関係から、グループホームへの退院を考えている一方、自宅退院への思いもある
B-3 025	本人と家族の意思を確認しながら、今後の支援体制の調節を図る必要がある

退院困難な理由が家族との関係性にある場合の家族の意向に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-3 024	本人に「自宅に退院してほしい」と言われ、本人は自宅退院への意思を強くしたものと思われる
B-3 027	家族で話し合った結果、兄夫婦は自宅退院には、猛反対で、母も断念した様子
E-2 004	入院前 (病状悪化時) の行動化エピソードにより家族 (母親、姉) 及び近隣住民の退院・地域 (自宅) へ戻ることに対して、強い受け入れ拒否あり、調整必要
E-4 003	父親は、高齢になって、先の心配を深めている
E-4 004	近隣の人に迷惑をかける可能性を心配している

退院困難な理由が家族との関係性にある場合の疾患への理解に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
E-4 006	精神障がい者への偏見も強いいため、理解し、誤解のある部分を取り除けるよう調整が必要
E-4 007	父親は、「性格の問題が主としてあり、性格は治らない。退院しても同じことを繰り返す」と主張

退院困難な理由が家族との関係性にある場合の社会資源の活用に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-3 012	相談支援事業所の利用についての、交通費については検討してもらう
B-3 020	イメージと違っていたと言っていたが体験入所することへは前向きである

退院困難な理由が家族との関係性にある場合の退院後の生活に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-3 003	具体的な金額提示をし生活費について一緒に計算してみる。

B-3 011	入所にあたって必要な物への金銭的な不安もあるので、必要な物への具体的な金銭の提示
B-4 016	家族に働きかけ、PSW と連携しながらアパート探しをする
B-4 019	自宅退院に向けて、家族調整や退院後の生活について支援していく必要あり

退院困難な理由が家族との関係性にある場合の退院後のサポート体制に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
E-2 005	治療継続との関連あり。退院後のサポート体制も計画する必要あり

### (3) ケアプランの内容

本人と家族の関係への働きかけについてのケアプラン

No	ケアプランの内容
B-4 017	家族と良好な関係を保ち、落ち着いて生活できる
E-2 006	家族の困っていること、本人の困っていること
E-2 007	それぞれの病気と障害に対する思いなどアセスメントを行う
E-2 008	相方の思いを知り、調整の検討。具体的な方法について話し合う
E-4 008	本人に対する思いと家族の本人に対する思いについてアセスメントし、調整ポイントを整理する
E-4 031	家族（父親）と本人の望む地域生活のイメージのズレについて調整
E-4 032	面会、外出等の機会を通じて、二者が話し合える機会をつくる
E-4 033	自立したいと思っている本人の思いを伝える・出来ていること（グッドポイント）を父親に伝えて、信頼回復への支援を行う

本人と家族の生活の支援についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
B-3 004	金銭に関する不安
B-3 005	収入と支出について、本人の計画を聞く
B-3 006	生活費や、必要物品についてNs や地域支援担当者 と話し合う
B-3 007	実際にかかる費用について情報収集する
B-3 008	必要物品の金額や購入に際しての補助金について、地域支援担当者 と話し合う
B-3 009	退院後の金銭管理の方法について情報提供を行う
B-4 021	生活の場の確保：自宅への退院方向を受け、サービスの調整を開始する
B-4 024	退院後の生活支援
E-4 010	家族と本人の暮らし方、生活のリズムのアセスメントを行う
E-4 011	アセスメントをもとに本人と家族の自立生活の具体的な支援方法を検討

地域サービスへの移行についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
B-4 023	地域サービスへの円滑な移行
B-4 025	地域サービスへの円滑な移行

自宅への外出・外泊支援についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
E-2 009	同伴外出（自宅）
E-4 012	家族調整を、自宅で行えるよう外泊計画を本人と共に立案する
E-4 013	外泊目的の確認
E-4 014	外泊計画の具体化と実施
E-4 015	実施した外泊の評価

支援内容の検討についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
E-4 009	整理したポイントをもとに、具体的な支援方法を検討
E-4 016	評価をもとにし、計画を再構築



## (4) 退院支援の活動内容

## ① 本人と家族の関係への働きかけ

本人と家族の意向を確認

No	退院支援の活動内容
B-3 017	地域支援担当者との面談
B-4 006	早く退院したい
B-4 007	家族の意向を確認する→自宅での受け入れを拒否
E-2 010	同居予定の母親、近隣の兄、遠方の姉、妹、それぞれの本人に対する思いが違っている

家族との面談

No	退院支援の活動内容
E-4 017	父親と外来で面談：退院調整について説明
E-4 018	父親と自宅で面談
E-4 024	父親と自宅で面談：退院後の心配を心配に語りながらも安心した点については、喜んでいと発言あり
E-4 025	同伴外出：本人、父親と面談

家族への説明・情報提供

No	退院支援の活動内容
E-2 011	情報収集や説明など、病気と障害に関して理解が得られるよう働きかける
B-4 022	家族に退院後のサービスの情報提供
E-4 028	病気や障害について不理解あるので説明

家族からの電話相談への対応

No	退院支援の活動内容
E-4 026	父親より電話相談→家族には変化のあった前後に、電話連絡。安心できるよう情報伝達

## ② 退院先の検討

退院先の選定について家族と調整

No	退院支援の活動内容
B-3 022	本人・母に再度グループホームへ退院の方向で支援を進めていくための調整を行う
B-3 028	PSW より、母へ主治医の方針を説明
B-4 002	退院先が決まらない
B-4 009	家族に退院先の選定について連絡をとる
B-4 011	家族に施設以外の退院について意向の決定を依頼する
B-4 012	家族よりアパートへの退院について了解を得る
B-4 018	外泊中に本人、家族で退院先について話し合いをしてもらうように依頼する

## ③ 社会資源の利用への支援内容

施設の見学・体験

No	退院支援の活動内容
B-3 021	グループホームの見学
B-3 029	グループホーム体験入所日を再度調整する
B-3 030	グループホーム体験入所
B-4 003	施設見学
B-4 004	A 施設は本人の同意得られず
B-4 005	B 施設は施設側より断られる
B-4 010	施設見学
B-4 026	地域支援センター
B-4 028	外泊中 地域支援センターの体験利用

## 作業所の見学・体験

No	退院支援の活動内容
B-4 027	作業所見学
B-4 029	作業所体験通所
B-4 030	外泊中 作業所体験通所
E-4 022	作業所利用

## ④ その他

## 自宅への外出支援

No	退院支援の活動内容
E-2 012	同伴での外出
A-3 020	本人と共に自宅への外出

## 外泊に合わせた退院前訪問の実施

No	退院支援の活動内容
B-4 014	家族より外泊について同意を得る
E-4 020	外泊はリハビリで行うという治療目的について説明
E-4 021	2泊3日実施
E-4 023	退院前訪問実施
E-4 027	外泊時には、本人の思いとズレを調整

## 住居確保のための情報収集

No	退院支援の活動内容
B-3 013	PSW と地域支援担当者による情報提供
B-3 014	情報提供（地域支援担当者）退院先について
B-4 013	アパート探しについて情報提供を PSW に依頼する

## グループホームの入所準備

No	退院支援の活動内容
B-3 033	自宅外泊～グループホーム入所に必要な荷物の整理と準備

## 生活に関する情報収集

No	退院支援の活動内容
E-2 013	暮らしのアセスメント
B-4 008	生活の場の確保
E-4 019	父親の思い、本人の入院前の暮らし方について情報を得る

## 関係者との情報交換

No	退院支援の活動内容
B-3 031	支援会議の日程調整
B-3 032	関係者会議

## 2) 家族の状況の変化のため支援が必要な場合

## (1) 本人の意向

## 家族の状況の変化のため支援が必要な場合の本人の意向

No	本人の意向
A-2 002	とにかく自宅で生活したい
A-2 003	家族の意向：母は癌をわずらっていることもあり、身体的にも本人を今後自宅で支えていくことはできないと言っており、また、妹もそのことを心配し自宅への退院を拒否している
A-2 004	家族の希望は、施設移行
B-6 014	施設は嫌です
B-6 015	家では色々仕事をしたかったので、家に住みたいです
E-3 002	自宅で家族と一緒に暮らしたい

## (2) アセスメントの内容

家族の状況の変化のため支援が必要な場合の本人と家族の意向に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
A-2 007	本人と家族の意向を重ねられるよう現状を理解してもらい考えていく機会を持てるよう本人への働きかけが必要
A-2 008	家族の思いを聞きながら、少しでも本人の意向を取り入れてもらえるよう働きかけが必要
E-3 004	家族の意向が不明
E-3 018	本人の家族に対する思いを伝える。支援と思いのズレを修正

家族の状況の変化のため支援が必要な場合の家族の状況の把握に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
A-2 005	家族としてサポートできる状況ではないといっている
A-2 006	現状では自宅への移行は難しい
B-6 016	キーパーソンである姉は、3月に卵巣腫瘍の手術を受ける
B-6 017	姉の健康状態・精神状態を把握する必要がある
E-3 017	両親の不安に思っている病状と日常生活上の家族のかかわり方について説明とアドバイス・アセスメントを行い、方法について共に考える

家族の状況の変化のため支援が必要な場合の社会資源の活用に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
B-6 018	姉の負担感も強く、本人の気分転換も出来ないためデイケア通所を考慮する
B-6 019	ヘルパー・ケアマネとの調整を図っていく必要あり

家族の状況の変化のため支援が必要な場合の通院継続の可能性に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
E-3 003	通院するには、家族の支援が現状では必要となる

## (3) ケアプランの内容

家族の状況の把握についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
E-3 005	家族の思いについてアセスメント

本人と家族の関係への働きかけについてのケアプラン

No	ケアプランの内容
A-2 009	家族の思いを聞きながら少しでも本人の意向を聞き入れてもらえるよう働きかけをする
E-3 006	地域生活で家族が不安に思うことと、本人が不安に思っていること具体化とズレの調整

家族への説明・情報提供についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
B-6 028	利用できるサービスの情報提供
B-6 033	利用できるサービスの情報提供
E-3 019	家族に対して、病気と障害のかかわり方について説明
E-3 020	家族へ地域圏域の利用できる資源について情報提供と説明。不明な点について確認。かかわり方について説明

退院先の確認についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
A-2 015	本人・家族に生活の場所を選択・検討してもらう
B-6 020	自宅へ退院できない

## 退院後利用する社会資源の検討についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
A-2 013	家への外出やGHなどの施設見学を繰り返す
A-2 014	本人が利用しやすい施設を探す
B-6 027	退院後の支援体制
B-6 029	デイケアの体験通所
B-6 034	デイケアの体験通所

## 地域の担当者への連絡についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
B-6 026	姉の利用しているサービス担当者 と連携する
B-6 036	姉の利用しているサービス担当者 と連携する

## 退院後の生活の検討についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
A-2 012	生活の場を定めていく
A-2 016	本人が現状を理解し考えていく機会を持つ

## 生活状況の把握についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
B-6 030	退院前訪問
B-6 035	退院前訪問

## (4) 退院支援の活動内容

## ① 家族と本人の意向の確認

## 本人の意向の確認

No	退院支援の活動内容
A-2 018	本人の退院についての考えの確認
B-6 004	本人の意向を確認する
B-6 013	本人の意向を確認

## 家族の意向の確認

No	退院支援の活動内容
A-2 011	公式の場で母親の現状・思いを確認
B-6 003	姉（キーパーソン）の健康状態、生活状況、退院に対する意向を把握する
B-6 007	姉の意向確認のため医師との面談
E-3 008	父親に退院受け入れについての考え方を確認。アセスメントを行う

## 退院の受け入れについての確認

No	退院支援の活動内容
B-6 002	自宅へ退院できない
B-6 005	医師・PSW と連携し、退院先の方向性を確認する
B-6 008	自宅への退院方向
B-6 024	退院先の確認

## 家族へ面談の依頼・日程調整

No	退院支援の活動内容
B-6 010	姉との面談依頼→体調不良を理由に応じず
B-6 011	姪と医師面談→施設入所を希望
B-6 012	姉に訪問依頼
B-6 021	姉との面談の調整
B-6 022	姉との面談依頼

## ② 家族への支援

## 本人とのかかわり方の指導

No	退院支援の活動内容
E-3 015	自宅で家族調整及びアセスメント及びかかわり方の指導

## 家族へ説明・情報提供

No	退院支援の活動内容
E-3 009	精神科医療の変化について説明
E-3 010	地域生活を支援していく体制にあることと、地域生活支援のための具体的な資源に関する情報提供を行う
E-3 011	病院は暮らしの場ではないことを知らせる

## ③ 自宅への外出・外泊支援

## 本人と自宅へ外出

No	退院支援の活動内容
A-2 017	外出支援：自宅へ同行
A-2 019	外出支援
B-6 023	本人同伴にて自宅訪問

## 生活状況の把握

No	退院支援の活動内容
A-2 020	自宅訪問
B-6 025	外泊中 訪問、生活状況の把握

## 家族へ外出・外泊の依頼

No	退院支援の活動内容
B-6 006	姉の入院先への面会（本人同伴）を依頼する→姉応じず
B-6 009	姉に外出（自宅へ）または外泊依頼

## ④ 社会資源の活用についての支援

## 施設見学の日程調整

No	退院支援の活動内容
B-6 032	施設見学の日程調整

## 地域の担当者への連絡

No	退院支援の活動内容
B-6 031	施設選定のため福祉に情報提供

## デイケアの利用

No	退院支援の活動内容
B-6 037	デイケア体験通所

## ⑤ その他

## 退院後の生活に向けてのケア

No	退院支援の活動内容
E-3 014	退院前訪問
E-3 016	地域生活を定着するために院内で出来ることについて、具体的に考えられる情報を得る。計画修正

## 3) 家族側の問題のため支援が必要な場合

## (1) 本人の意向

家族側の問題のため支援が必要な場合の本人の意向

No	本人の意向
A-3 002	自宅に帰りたい
A-3 003	大きな不安がある
A-3 004	金銭管理は他者をお願いしたい
A-3 005	在宅では、ヘルパーはあまり介入してほしくない
A-3 006	訪問看護・市の職員・保健所の職員は介入してもらってもいい
A-3 007	本人がどうしても自宅へ帰ってきたいのなら、帰ってきてもらってもいいが、現在自分のことで精一杯なので、まったく面倒はみれない。また、食事も別々にしたい

## (2) アセスメントの内容

家族の側の問題のため支援が場合の金銭管理に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
A-3 008	権利擁護を利用しており、社協で金銭管理をしている
A-3 009	計画的に渡していかないと、息子がどんどん使ってしまうため、1～2週間に1回社協にかかわっていただく

## (3) ケアプランの内容

自宅への外出支援についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
A-3 010	本人と共に自宅への外出（および息子の生活状況の確認）
A-3 011	息子はあまり面会に来れないため、スタッフ付き添いで自宅に外出し息子に会うことで、息子と共有できる時間をつくっていく

生活に関する情報収集についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
A-3 012	自宅へ訪問することにより、息子の生活状況を知る

地域サービス導入への支援についてのケアプラン

No	ケアプランの内容
A-3 013	訪問することで、他者とのかわりに慣らしていく

## (4) 退院支援の活動内容

問題を起こす家族への働きかけ

No	退院支援の活動内容
A-3 016	就労支援ワーカー：息子の就労支援
A-3 018	就労支援ワーカー：息子の就労支援（面接の練習・履歴書の書き方を指導）

生活に関する情報収集

No	退院支援の活動内容
A-3 020	本人と共に自宅への外出

地域サービス導入への支援

No	退院支援の活動内容
A-3 019	保健センター PHN：ヘルパー導入にあたってヘルパーと本人の面会の調整

## 金銭管理の支援

No	退院支援の活動内容
A-3 014	社協：権利擁護（使いすぎないように、必要最小限のお金をおろす）
A-3 015	年金支給日、公共料金を支払い、本人・息子に必要な分のお金を渡す
A-3 017	社協：権利擁護（年金支給日、公共料金を支払い、本人・息子に必要な分のお金を渡す）

### 3. 退院困難な理由が患者・家族以外の要因にある場合の支援について

## 1) 住居に関する支援が必要な場合

## (1) 本人の意向

住居に関する支援が必要な場合の住むところについての本人の意向

No	本人の意向
A-1 002	退院しても生活していく場所がない
A-1 003	一人での生活は寂しいし、皆で助け合って生活していける場所がいい
A-1 004	初めてなのでよくわからない
B-2 002	退院したいと思っている
B-2 003	自宅へ退院したい
B-2 004	兄宅の近くに、自分が一人暮らしできる家があるので一人暮らしがしたい
B-2 034	家族が賛成ではないので、なかなか退院できない
D-2 001	退院してアパートに一人で暮らしたい

## (2) アセスメントの内容

住居に関する支援が必要な場合の住むところについてのアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
A-1 005	生活の場がない
A-1 006	現住所である「M村在宅障害者（児）自律生活体験事業」を利用し、近隣の自閉症施設へ外泊体験をする
D-2 008	13年間の入院生活
D-2 009	退院後は独居生活
D-2 010	退院後は、市内の住居（コーポ）の確保が出来ている。
D-2 011	入居の手続き、生活の準備が必要

## (3) ケアプランの内容

住居についての情報収集

No	ケアプランの内容
A-1 010	住む場所を探す
A-1 012	住環境・家賃・生活費についての情報を得る

## 施設の見学・体験

No	ケアプランの内容
A-1 009	M村「在宅知的障害者（児）自律生活体験事業」を利用、S施設へ外泊体験をする
A-1 011	隣接する地域のNPO法人がグループホームを開所するとの情報を得たため、本人と関係者で見学する

## 入居の準備

No	ケアプランの内容
A-1 021	必要な品物をリストアップする（不足品は購入、あるいはスタッフで寄付してもらうことも検討、親族にも依頼する）
A-1 022	グループホーム入居に向け、世話人、地域の福祉関係者と知り合いになる
A-1 023	グループホーム入居の契約書等必要な書類を書く

A-1 024	グループホームの部屋を決める
A-1 025	転出・転入届、福祉関係の手続きは当日行う
D-2 020	住民票異動の手続き
D-2 021	生活用品の準備
D-2 022	荷物の整理

## (4) 退院支援の活動内容

## 退院先の検討

No	退院支援の活動内容
A-1 018	支援会議を開催、グループホーム入居に向けてのプランを本人と関係者で検討
B-2 016	具体的な退院先について話し合う

## 施設の見学・体験

No	退院支援の活動内容
A-1 016	グループホームの見学
A-1 017	入居時の説明を受け、住宅内の様子を見た
A-1 031	グループホームの見学
A-1 032	村内の施設へ外泊
A-1 034	S 施設へ外泊体験

## 入居の準備

No	退院支援の活動内容
A-1 029	グループホーム入居時の支援内容の検討、必要な日用品をリストアップする
A-1 033	グループホーム見学に行き、部屋を決める
A-1 040	本人の希望があり帰りにグループホームへより、自室を確認。世話人に挨拶をする
A-1 042	退院初日であるためグループホームを訪問
A-1 041	自室の清掃、荷物の搬送と整理、日用品の買い物、転出・転入届、福祉医療等の手続きを本人・兄・PSW と共に行う

## グループホームへの訪問

No	退院支援の活動内容
A-1 043	グループホーム訪問
A-1 048	グループホームを訪問、日常的な身体・精神症状の観察及び緊急時の対応に備え訪問日の検討

## 2) 退院後の生活・活動に関する支援が必要な場合

## (1) 本人の意向

## 住居に関する支援が必要な場合の生活・活動についての本人の意向

No	本人の意向
A-1 052	夫とは3番目の子供を産んでから別居しているし、いまさら一緒に生活できない
A-1 053	実家でもお母さんが亡くなって兄さん達とは同居できないと言われた
D-2 002	のんびり過ごせる日が一日ほしい
D-2 004	お金は誰かに預けたい
D-2 006	献立を一緒に考えてほしい
D-2 007	買い物と一緒に行ってほしい

## (2) アセスメントの内容

## 住居に関する支援が必要な場合の生活・活動の状況についてのアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
A-1 005	生活の場がない
A-1 007	地元の地域生活活動支援センター（憩いの場）の活動にも参加していく
A-1 054	実母の病死後、兄弟の受け入れがさらに困難
A-1 055	夫や子供たちとの交流も途絶えている



D-2 011	入居の手続き、生活の準備が必要
D-2 012	規則正しい生活が出来ている。生活するのに、計画表など、ある程度の枠組みが必要。
D-2 013	現在、外泊訓練を繰り返している。
D-2 014	食事面への不安が強い
D-2 015	金銭管理に不安がある
D-2 016	入院中は、2週間に一回 5000 円の小遣いでやりくりしている。
D-2 017	妄想による奇異行動が見られるが生活への支障は今のところなく、安定している。
D-2 018	具体的な生活支援を検討していく

住居に関する支援が必要な場合の家族の状況についてのアセスメント

No	アセスメントの内容
B-2 035	兄嫁は面談時退院させないでほしいと言っている
B-2 036	家族調整と退院後の支援者が必要

### (3) ケアプランの内容

#### ① 退院後の生活のイメージをつかむための支援

退院後の生活のイメージをつかむための支援

No	ケアプランの内容
B-2 013	退院後の生活のイメージ作り
B-2 014	地域の支援者との面接
B-2 015	生活サポーターとの面接
D-2 030	「生活できるか不安」(生活のイメージをつくる支援)
D-2 031	外泊計画立案
D-2 032	外泊中の支援者の調整・連絡
D-2 033	外泊中の訪問・生活支援

#### ② 生活や活動に関する支援

家事に対する支援

No	ケアプランの内容
D-2 039	「食事を作ることを手伝ってほしい」(食事に関する支援)
D-2 040	簡単な料理をしてみる
D-2 041	献立を一緒に考える
D-2 042	買い物と一緒にいく

活動に対する支援

No	ケアプランの内容
A-1 026	日中活動の場を探す
A-1 028	入居予定のグループホームからデイケアまで送迎バスの乗車練習をしてみる

金銭管理の支援

No	ケアプランの内容
B-2 005	金銭自己管理
B-2 006	1 か月分の金銭プランを一緒に考える (入院中、退院後の生活プラン)
B-2 007	入院中の小遣いは1 か月分、自己管理
D-2 023	「お金を誰かに預けたい」(金銭管理支援)
D-2 024	権利擁護の利用
D-2 025	生活のやりくりについて一緒に考える
D-2 026	現金の払いだしの練習
D-2 027	家賃の振込みの練習
D-2 028	年金証書・貯金通帳の管理
D-2 029	公共料金の引き落としの手続き

## ③ その他の支援

## 服薬への支援

No	ケアプランの内容
B-2 008	服薬自己管理
B-2 009	現在 1 週間分の自己管理をしている
B-2 010	2 週間分の自己管理

## 家族への支援

No	ケアプランの内容
B-2 037	家族調整
B-2 038	家族が不安に思っていることについて話を聞く。地域支援者との面接

## SST の利用

No	ケアプランの内容
D-2 038	SST に参加

## (4) 退院支援の活動内容

## ① 生活・活動に関する支援

## 交通機関の利用に関する支援

No	退院支援の活動内容
A-1 036	入院中から通所に慣れるため送迎バスの乗車練習をする
A-1 037	病棟から担当Nsと隣町のグループホーム近くの乗車所へ行き送迎バスに乗る

## 家事に対する支援

No	退院支援の活動内容
A-1 030	病棟担当Nsと近隣のスーパーで衣料品の購入
A-1 039	日用品を 100 円ショップで購入
D-2 046	外泊 / 掃除、洗濯、ごみ捨て、戸締り、郵便物の確認
D-2 047	外泊時様子を見に行く
D-2 049	外泊中の献立を一緒に考える。
D-2 050	一人で買い物に行く、ご飯を炊く、簡単な調理をする。

## 金銭管理の支援

No	退院支援の活動内容
B-2 017	入院中の小遣いについて、一か月分のプランを一緒に考える
B-2 018	退院後の生活費について本人と話し合う
D-2 045	通帳整理(本人・精神科事務員)

## その他の活動についての支援

No	退院支援の活動内容
A-1 014	保健所主催の「心の健康を考える集い」に参加
A-1 015	地元で開催された「心の健康を考える集い」に憩いの家のスタッフ・メンバーと参加

## ② その他の支援

## 服薬への支援

No	退院支援の活動内容
B-2 019	主治医、薬剤師からの服薬指導、一日分の薬の自己管理
B-2 020	3 日分の服薬自己管理、服薬についてNsと話し合う
B-2 021	4 日分の服薬自己管理
B-2 022	1 週間分の服薬自己管理

## 家族への支援

No	退院支援の活動内容
B-2 039	家族面接。家族が不安に思っていることをディスチャージプランナーナースと話し合う

## 3) 地域サービスに関する支援が必要な場合

## (1) 本人の意向

住居に関する支援が必要な場合の地域サービスに関する本人の意向

No	本人の意向
D-2 003	デイケアには行きたくない
D-2 005	ヘルパーさんに食事の準備をしてほしい

## (2) アセスメントの内容

住居に関する支援が必要な場合の活用できる地域サービスの有無に関するアセスメントの内容

No	アセスメントの内容
A-1 007	地元の地域生活活度支援センター（憩いの場）の活動にも参加していく

## (3) ケアプランの内容

退院後利用するサービスの体験

No	ケアプランの内容
A-1 008	M村「憩いの家」の活動に参加
A-1 027	精神科デイケアを利用してみる
B-2 011	施設利用体験
B-2 012	デイケア体験→一日体験を二回、相談支援事業所体験→アニマルセラピーの日を利用
D-2 034	退院前訪問

## サービスの調整

No	ケアプランの内容
D-2 035	退院後の生活の週間計画表の作成
D-2 036	サービス調整
D-2 037	支援計画書の作成
D-2 043	サービス調整

## (4) 退院支援の活動内容

## ① 地域サービスの導入・利用に関する支援

デイケアの導入についての支援

No	退院支援の活動内容
A-1 035	精神科デイケアへ通所
B-2 024	デイケア体験利用
B-2 025	デイケア体験利用
B-2 030	デイケア 週3回

## 訪問看護導入についての支援

No	退院支援の活動内容
A-1 045	退院1週間経過、緊急時の対応のため世話人から精神科訪問看護の訪問依頼あり、担当医に相談
A-1 047	精神科訪問看護Stの導入
A-1 049	月1回訪問をして様子を見る
B-2 029	訪問看護 週1回
D-2 052	訪問看護 2/W 火・木（献立を一緒に立てる。）

## 権利擁護の利用についての支援

No	退院支援の活動内容
D-2 044	権利擁護利用の申し込み
D-2 051	外泊時、権利擁護相談員の訪問

## その他のサービスの利用についての支援

No	退院支援の活動内容
A-1 013	M村地域活動支援センターの活動に毎週1～2回担当Nsと共に参加、同村のサービスを利用し、毎月1泊施設への外泊体験をし作業に担当Nsと参加
A-1 038	総合支援センター参加
A-1 044	地域の総合福祉センター内を日中活動の場として利用可能か見学
B-2 026	相談支援事業所見学
B-2 027	生活サポーターとの面談
B-2 028	外来通院 Aクリニック 週1回
B-2 031	配色サービス 毎夕食
B-2 032	相談支援事業所訪問 月1回
B-2 033	電話相談 随時
D-2 053	ヘルパー 3/W 月・金・土 自立支援員（生活訓練） 1/W 水

## ② サービスの調整

## サービスの調整

No	退院支援の活動内容
B-2 023	ディスチャージプランナーナース、デイケア体験通所調整
D-2 048	週間計画表・支援計画書の作成

## 資料3

退院支援活動に関する実態調査事業  
アンケート調査報告書

## 1. 調査対象の概要

## 1) 医療機関について

## (1) 病院種別

	精神科病院	精神科を 主とする病院	一般病院	その他	無回答
回収数 (397)	282	52	63	0	0
割合 (%)	71.0	13.1	15.9	0.0	0.0

## (2) 設置主体

	国	独立行政 法人	国立大学 法人	公的機関	社会保険 関係団体	公益法人	医療法人
回収数 (397)	2	9	9	57	0	36	268
割合 (%)	0.5	2.3	2.3	14.4	0.0	9.1	67.5
	学校法人	医師会立	会社	その他の 法人	個人	無回答	
回収数 (397)	15	1	0	2	5	0	
割合 (%)	2.0	0.3	0.0	0.5	1.3	0.0	

## (3) 病院全体の病床数

	100床未満	100～ 200床未満	200～ 300床未満	300～ 500床未満	500床以上	無回答
回収数 (397)	8	111	105	110	61	2
割合 (%)	2.0	28.0	26.4	27.7	15.4	0.5

## (4) 精神科病床数 (再掲)

	100床未満	100～ 200床未満	200～ 300床未満	300～ 400床未満	400床以上	無回答
回収数 (397)	52	126	105	61	52	1
割合 (%)	13.1	31.7	26.4	15.4	13.1	0.3

## (5) 設置している精神科病棟の種類

	精神科救急	精神科急性 期治療	精神療養	老人性痴呆 疾患治療	精神一般	その他	無回答
回収数 (397)	23	106	227	119	334	34	3
割合 (%)	5.8	26.7	57.2	30.0	84.1	8.6	0.8

## (6) 直近1か月間の退院患者数

	10人未満	10～20人未満	20～30人未満	30人以上	無回答
回収数 (397)	76	136	75	88	22
割合 (%)	19.1	34.3	18.9	22.2	5.5

## (7) 直近1か月間の外来患者数

	500人未満	500～ 1000人未満	1000～ 2000人未満	2000～ 3000人未満	3000人 以上	無回答
回収数 (397)	52	64	124	68	52	37
割合 (%)	13.1	16.1	31.2	17.1	13.1	9.3

## (8) 平均在院日数

	100日未満	100～ 200日未満	200～ 300日未満	300～ 500日未満	500日以上	無回答
回収数(397)	51	69	65	78	94	40
割合(%)	12.8	17.4	16.4	19.6	23.7	10.1

## (9) 併設施設

	地域活動 支援センター	援護寮	福祉ホーム	作業所	グループ ホーム	訪問看護 ステーション
回収数(397)	68	63	56	19	150	79
割合(%)	17.1	15.9	14.1	4.8	37.8	19.9
	その他	併設施設は ない	無回答			
回収数(397)	80	138	13			
割合(%)	20.2	34.8	3.3			

## (10) 地域ブロック

	北海道・東北	関東・甲信越	東海・北陸・ 近畿	中国・四国	九州・沖縄	無回答
回収数(397)	81	92	94	61	68	1
割合(%)	20.4	23.2	23.7	15.4	17.1	0.3

## 2) 調査票記入者について

## (1) 性別

	男性	女性	無回答
回収数(397)	118	270	9
割合(%)	29.7	68.0	2.3

## (2) 年齢

	20歳代 以下	30歳代	40歳代	50歳代	60歳 以上	無回答	平均 年齢
回収数(397)	7	25	87	207	49	22	52.0歳
割合(%)	1.8	6.3	21.9	52.1	12.3	5.5	

## (3) 実務担当者・管理者

	実務担当者	管理者	無回答
回収数(397)	59	327	11
割合(%)	14.9	82.4	2.8

## 2. 退院支援体制の実施状況

### 1) 退院支援体制の実施状況

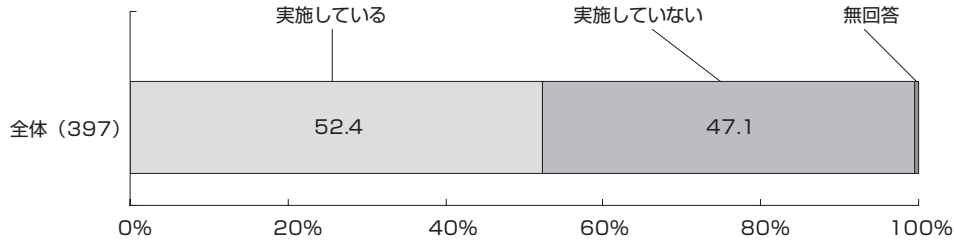


図1 退院支援体制の実施状況

『退院支援の専門部署の設置』『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』『退院支援の担当者の設置』のいずれかの退院支援体制の実施状況について調査したところ、「実施している」と回答した医療機関の割合は52.4%であり、半数以上の医療機関が何らかの形で退院支援体制を実施していると推察される(図1)。

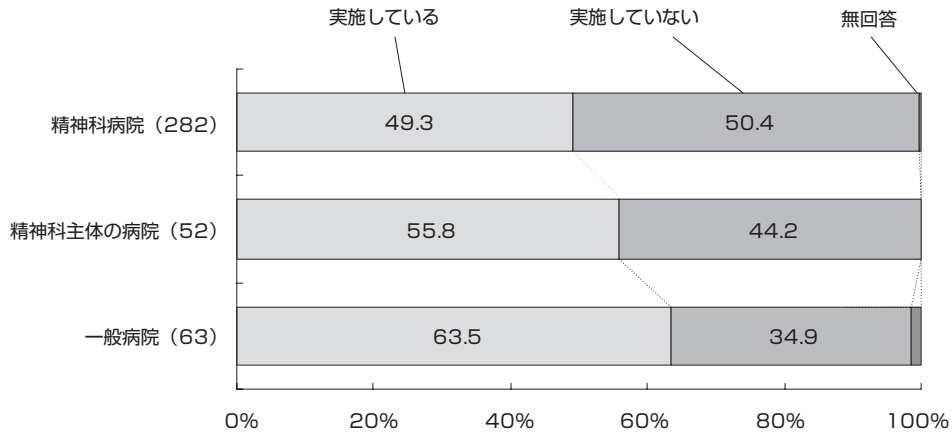


図2 退院支援体制の実施状況(病院種別)

病院種別にみると、「実施している」医療機関の割合は、「精神科病院」で49.3%と5割を下回っているのに対して、「一般病院」では63.5%であり、「精神科病院」に比べて「一般病院」で実施率が高い(図2)。

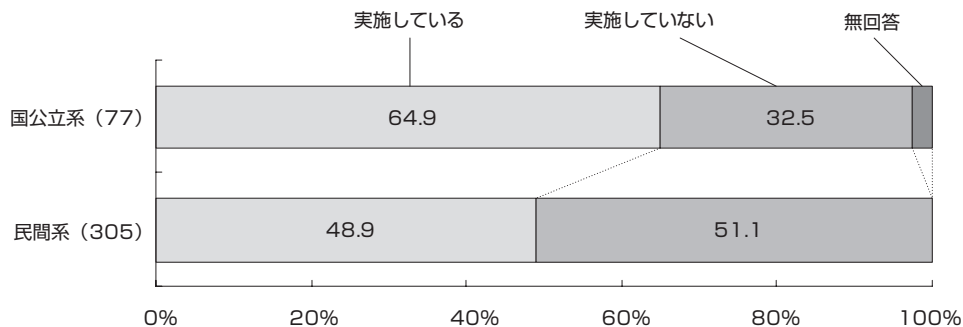


図3 退院支援体制の実施状況(設置主体別)

設置主体別にみると、「実施している」医療機関の割合は、「国公立系」で64.9%であるのに対して、「民間系」では半数を下回っており、「民間系」に比べて「国公立系」で実施率が高い(図3)。

## 2) 退院支援の専門部署の設置

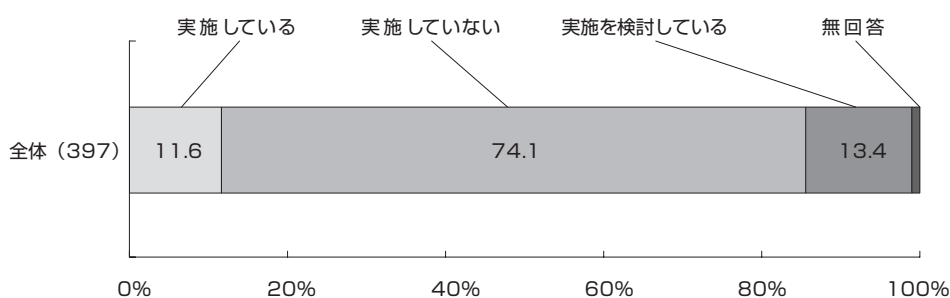


図4 退院支援の専門部署の設置

退院支援体制の中で、『退院支援の専門部署の設置』に限って実施状況を見ると、「実施している」と回答した医療機関の割合が11.6%であり、「実施を検討している」が13.4%である（図4）。

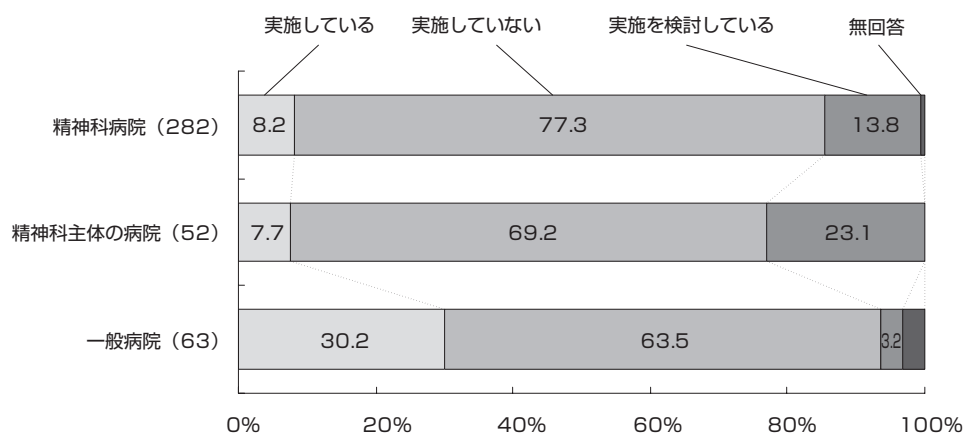


図5 退院支援の専門部署の設置（病院種別）

病院種別にみると、「実施している」医療機関の割合は、“精神科病院”“精神科主体の病院”に比べて“一般病院”で高い。

また、「実施を検討している」医療機関の割合は、“精神科主体の病院”が最も高い（図5）。

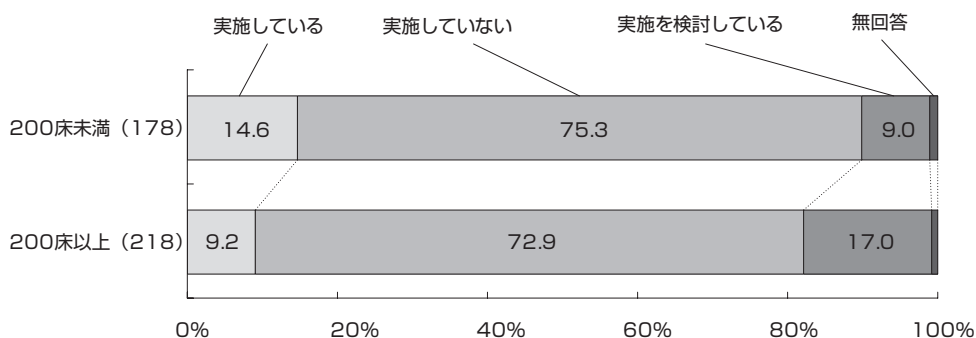


図6 退院支援の専門部署の設置（精神科病床規模別）

精神科病床規模別にみると、「実施している」医療機関の割合は、“200床未満”が14.6%であり、“200床以上”を上回っている（図6）。



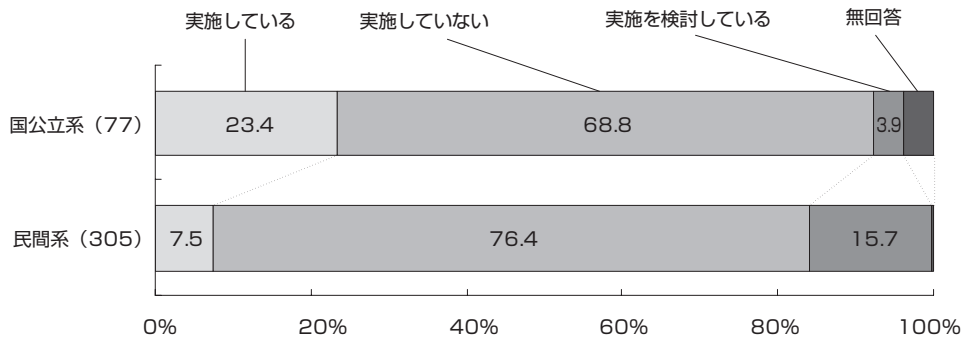


図7 退院支援の専門部署の設置 (設置主体別)

設置主体別にみると、「実施している」医療機関の割合は、「国公立系」が23.4%で「民間系」を上回っている (図7)。

### 3) 退院支援のプロジェクトや委員会の設置

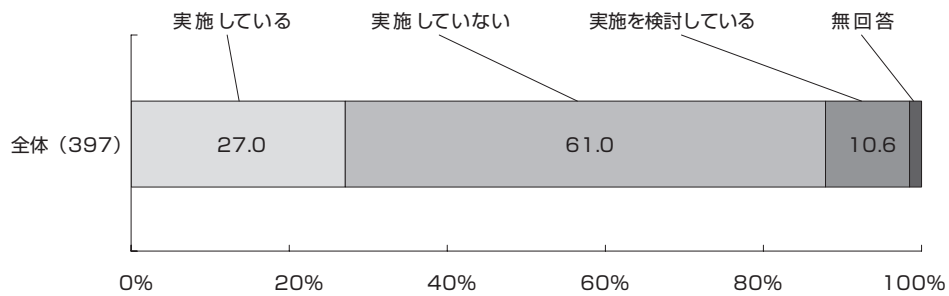


図8 退院支援のプロジェクトや委員会の設置

『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』に限って実施状況を見ると、「実施している」と回答した医療機関の割合が27.0%、「実施を検討している」が10.6%である (図8)。

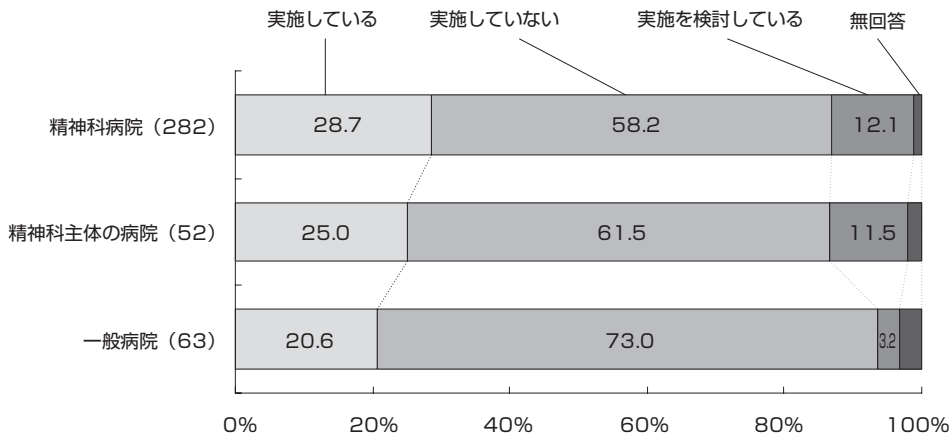


図9 退院支援のプロジェクトや委員会の設置 (病院種別)

病院種別にみると、「実施している」医療機関の割合は、「一般病院」に比べて「精神科病院」「精神科主体の病院」で高い。

また、「実施を検討している」医療機関は、「精神科病院」「精神科主体の病院」でともに1割を超えている (図9)。

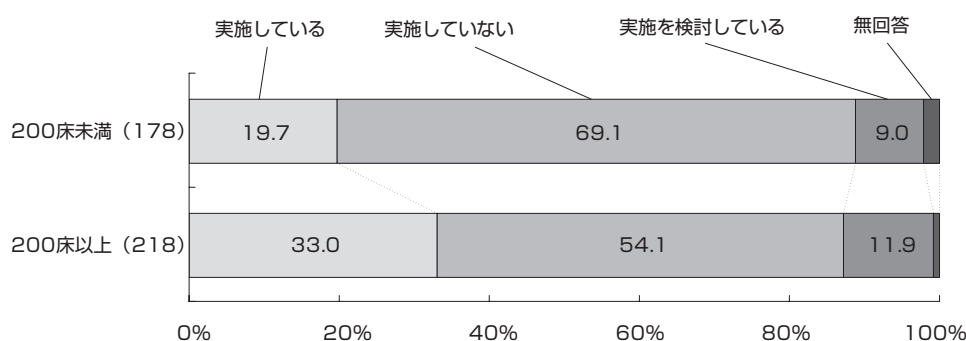


図10 退院支援のプロジェクトや委員会の設置（精神科病床規模別）

精神科病床規模別にみると、「実施している」医療機関の割合は、“200床以上”が33.0%を占めており、“200床未満”を上回っている（図10）。

#### 4) 退院支援の担当者の配置

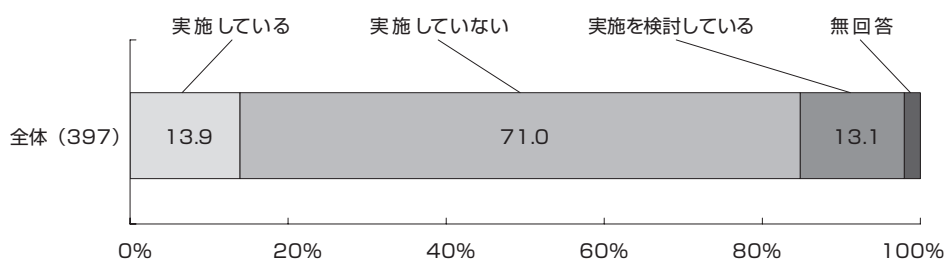


図11 退院支援の担当者の配置

『退院支援の担当者の配置』に限って実施状況を見ると、「実施している」と回答した医療機関の割合が13.9%、「実施を検討している」が13.1%である（図11）。

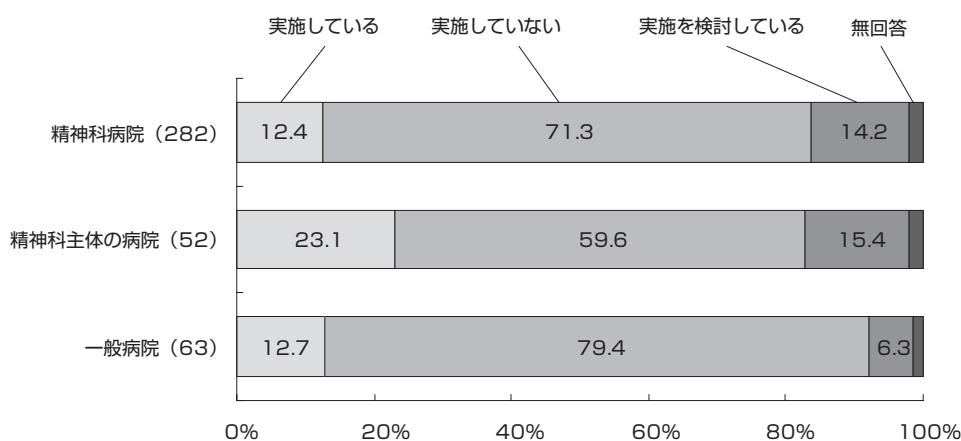


図12 退院支援の担当者の配置（病院種別）

病院種別にみると、「実施している」医療機関の割合は、“精神科主体の病院”が23.1%で最も高い。

また、「実施を検討している」医療機関は、“精神科病院”“精神科主体の病院”がともに15%前後を占めている（図12）。

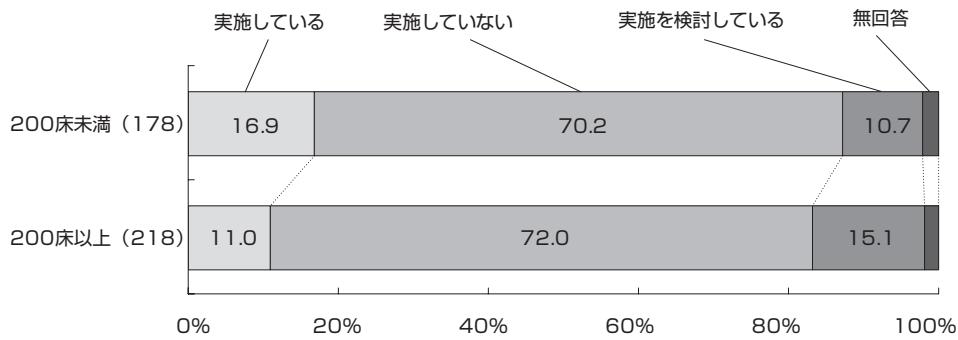


図13 退院支援の担当者の配置（精神科病床規模別）

精神科病床規模別にみると、「実施している」医療機関の割合は、“200床未満”が16.9%を占めており、“200床以上”を上回っている（図13）。

### 3. 退院支援体制の内容

#### 1) 退院支援の専門部署の内容

##### (1) 設置年の状況

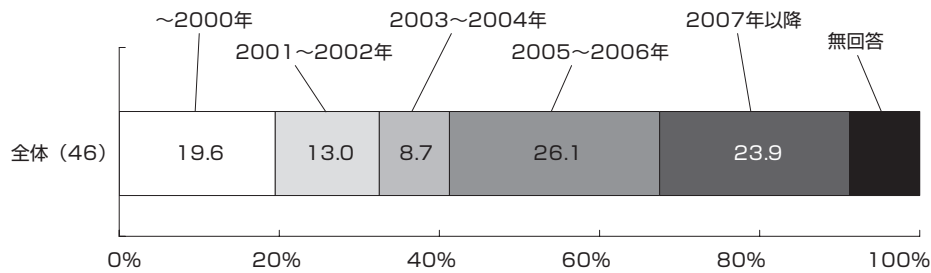


図14 専門部署の設置年

『退院支援の専門部署の設置年』について調査したところ、2005年以降に設置した医療機関の割合が半数を占めている（図14）。

##### (2) 責任者の状況

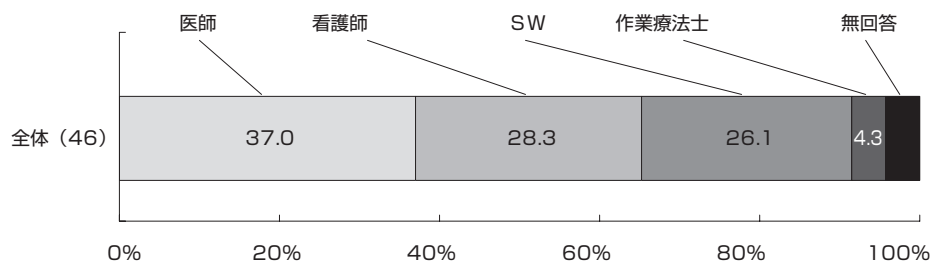


図15 専門部署責任者の職種

『退院支援の専門部署の責任者』について調査したところ、職種は「医師」の割合が37.0%で最も高く、これに「看護師」が28.3%、「SW」が26.1%が続いている（図15）。

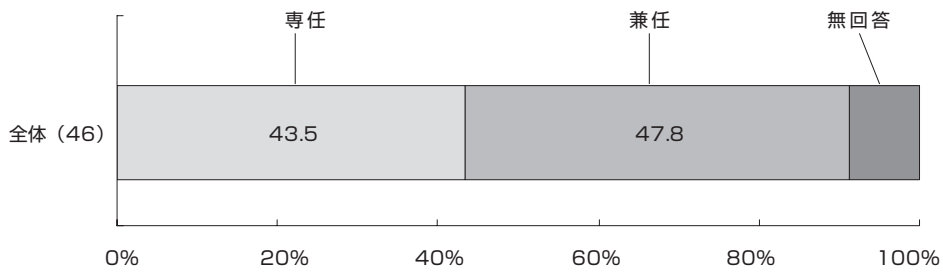


図16 専門部署責任者の担当状況

責任者の担当状況を見ると、「専任」の割合が43.5%、「兼任」が47.8%である（図16）。

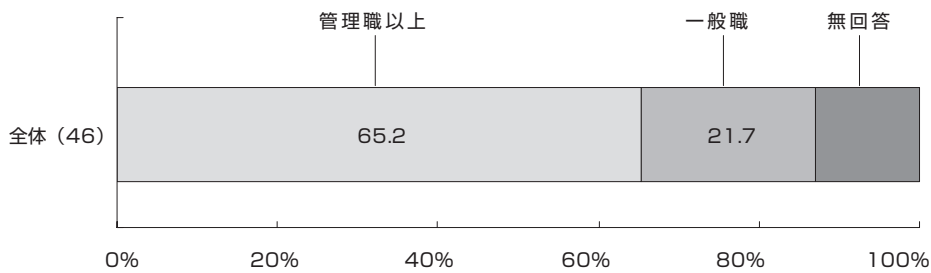


図17 専門部署責任者の役職

責任者の役職を見ると、「管理職以上」の割合が65.2%を占めている（図17）。

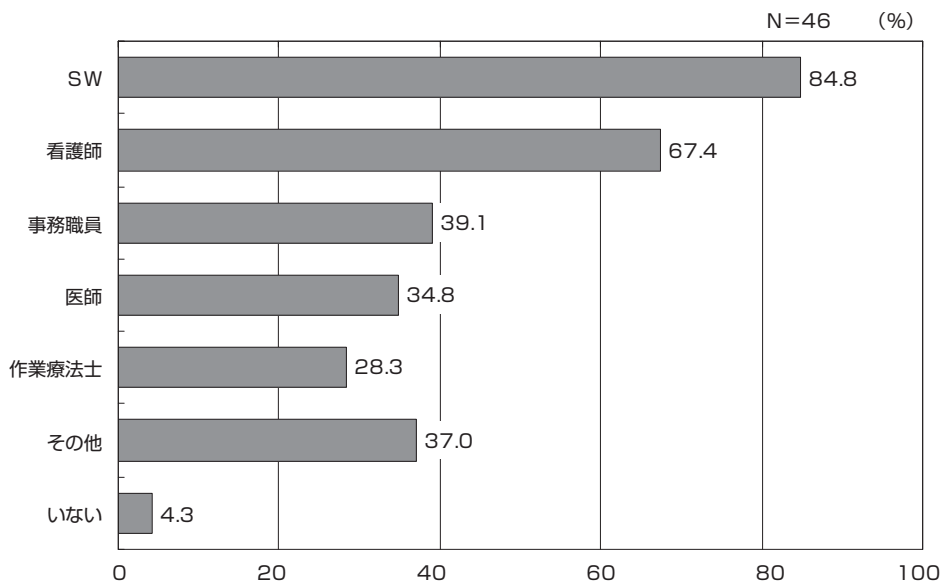


図18 専門部署責任者以外の構成職員

責任者以外の構成職員の状況を見ると、「SW」が84.8%で最も高く、これに「看護師」(67.4%)、「事務職員」(39.1%)、「医師」(34.8%)、「作業療法士」(28.3%)…と続いている（図18）。

(3) 定例会の実施状況

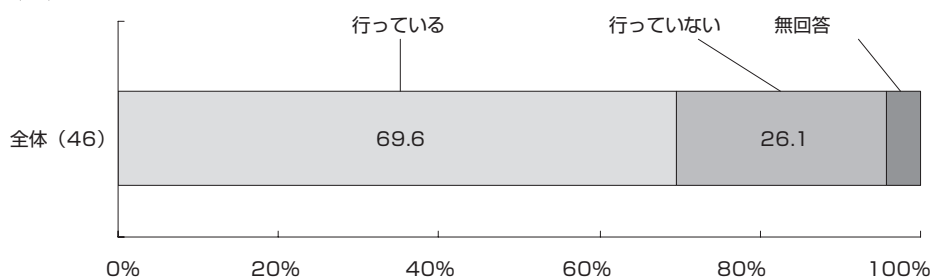


図19 専門部署の定例会の実施状況

『退院支援の専門部署における定例会の実施状況』について調査したところ、「行っている」と回答した医療機関の割合が69.6%を占めている（図19）。

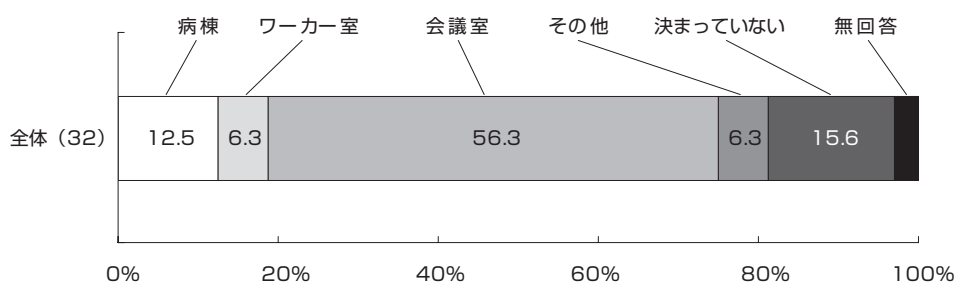


図20 専門部署の定例会を主に行う場所

定例会を主に行う場所についてみると、「会議室」の割合が56.3%で最も高い（図20）。

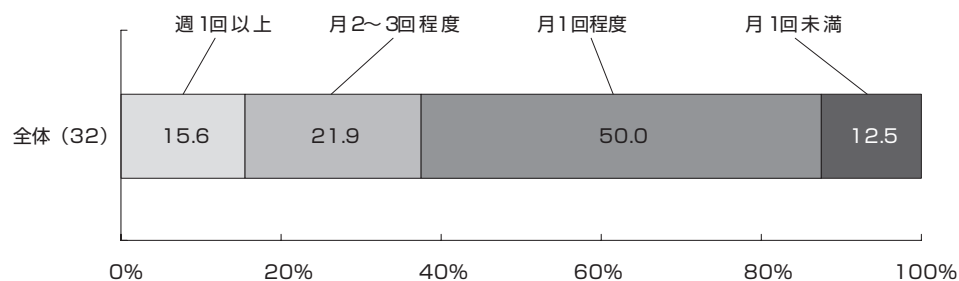


図21 専門部署の定例会の実施頻度

定例会の実施頻度についてみると、「月1回程度」の割合が半数を占めている（図21）。

(4) 退院支援検討対象患者数

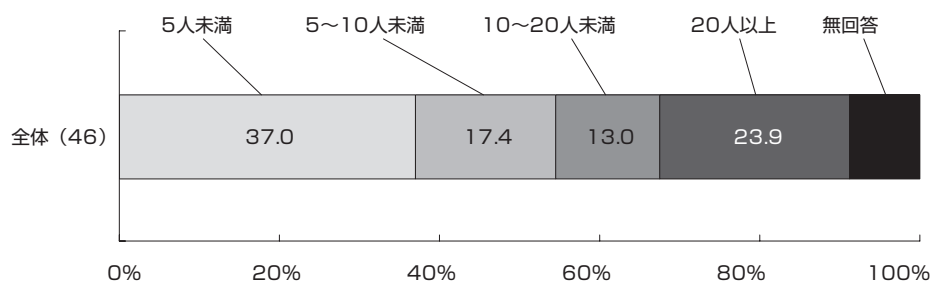


図22 専門部署の退院支援検討対象患者数

直近3か月間における退院支援検討対象患者数について調査したところ、1医療機関あたりの平均患者数は19.8人である。カテゴリー別にみると、「5人未満」の割合が37.0%を占め、対して「20人以上」が23.9%である（図22）。

#### (5) 入院患者の退院促進に向けた機能状況

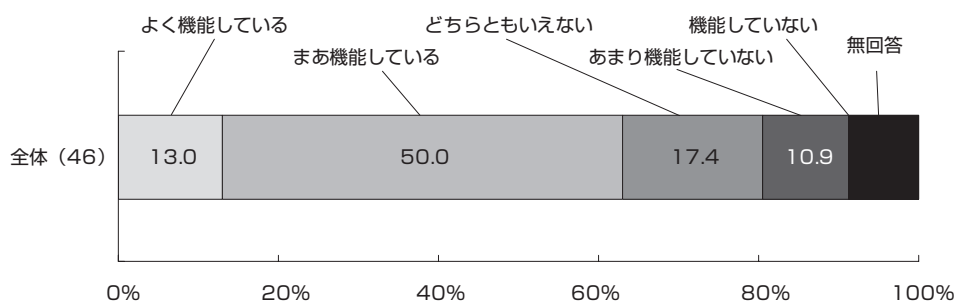


図23 専門部署の機能状況

入院患者の退院促進に向けた機能状況について調査したところ、「よく機能している」と回答した医療機関の割合が13.0%、「まあ機能している」が50.0%であり、6割以上が機能していると回答している（図23）。

#### 2) 退院支援のプロジェクトや委員会の内容

##### (1) 設置年の状況

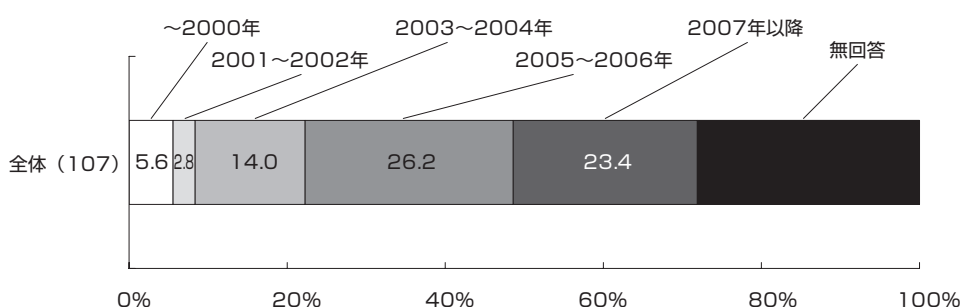


図24 プロジェクトや委員会の設置年

『退院支援のプロジェクトや委員会の設置年』について調査したところ、2005年以降の医療機関が半数近くを占めている（図24）。

##### (2) 責任者の状況

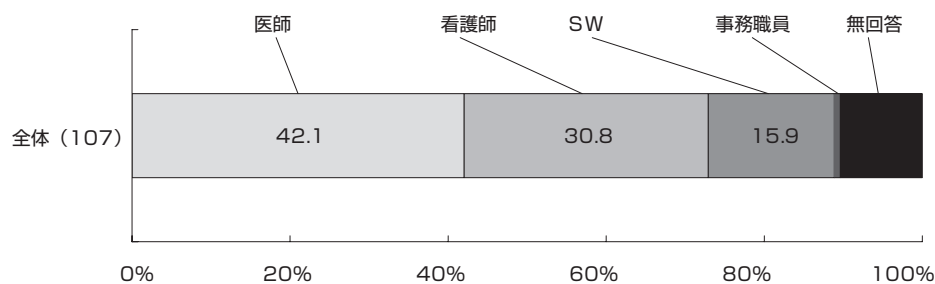


図25 プロジェクトや委員会責任者の職種

『退院支援のプロジェクトや委員会の責任者』について調査したところ、職種は「医師」の割合が42.1%で最も高く、これに「看護師」が30.8%、「SW」が15.9%が続いている（図25）。

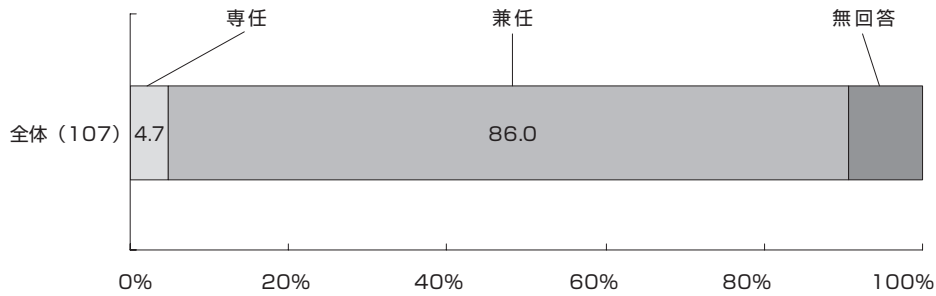


図26 プロジェクトや委員会責任者の担当状況

責任者の担当状況を見ると、「兼任」の割合が86.0%を占めている（図26）。

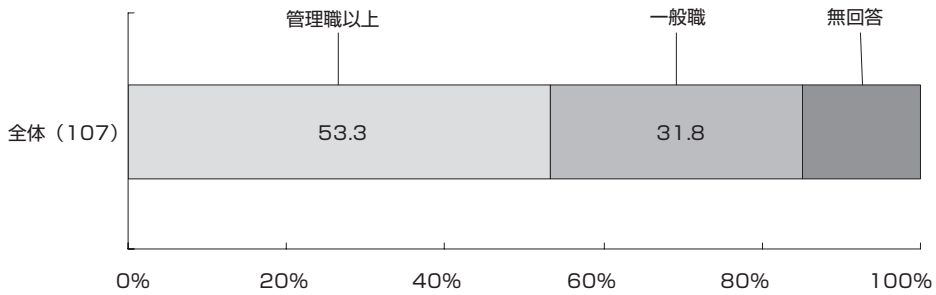


図27 プロジェクトや委員会責任者の役職

責任者の役職を見ると、「管理職以上」の割合が53.3%を占めている（図27）。

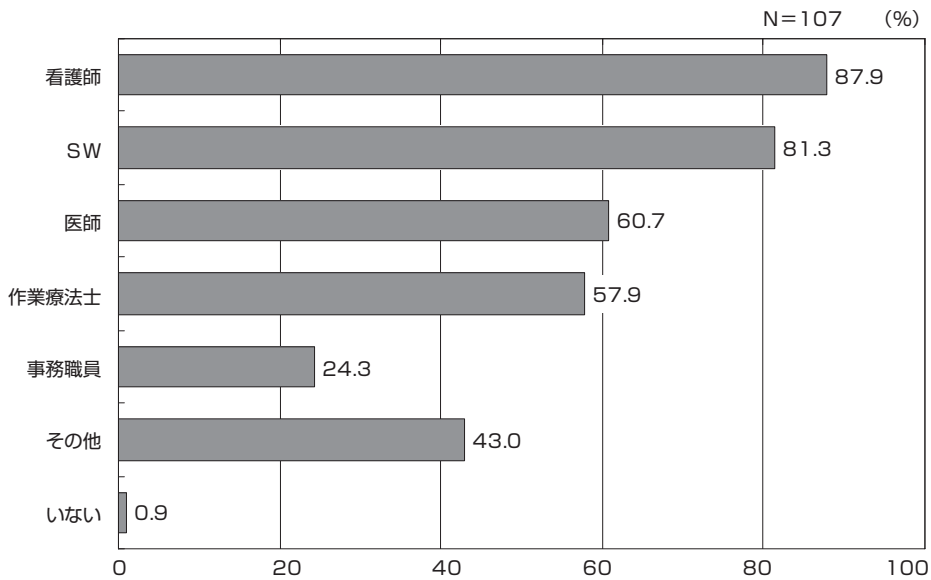


図28 プロジェクトや委員会責任者以外の構成職員

責任者以外の構成職員の状況を見ると、「看護師」が87.9%で最も高く、これに「SW」(81.3%)、「医師」(60.7%)、「作業療法士」(57.9%)、「事務職員」(24.3%)と続いている（図28）。

## (3) 定例会の実施状況

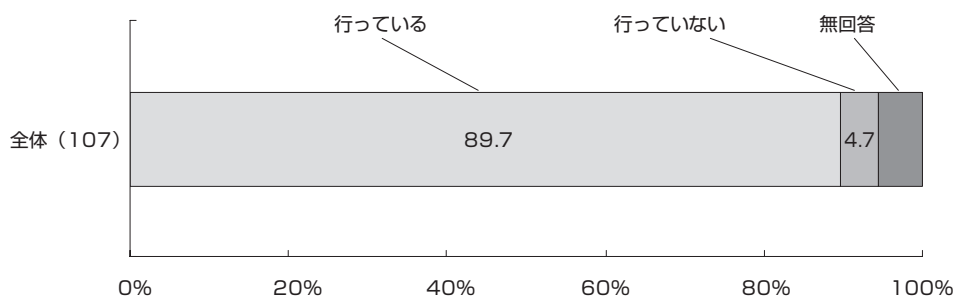


図29 プロジェクトや委員会の定例会の実施状況

『退院支援のプロジェクトや委員会における定例会の実施状況』について調査したところ、「行っている」と回答した医療機関の割合が89.7%を占めている（図29）。

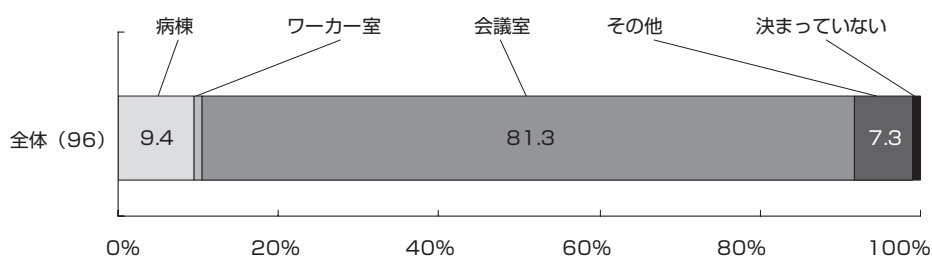


図30 プロジェクトや委員会の定例会を主に開催場所

定例会を主に開催場所についてみると、「会議室」の割合が81.3%を占めている（図30）。

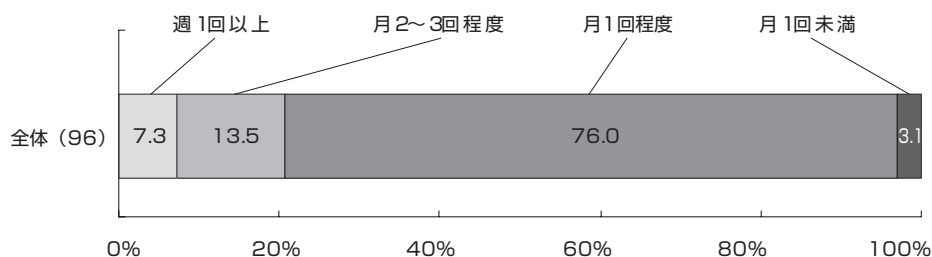


図31 プロジェクトや委員会の定例会の実施頻度

定例会の実施頻度についてみると、「月1回程度」の割合が76.0%を占めている（図31）。

## (4) 退院支援検討対象患者数

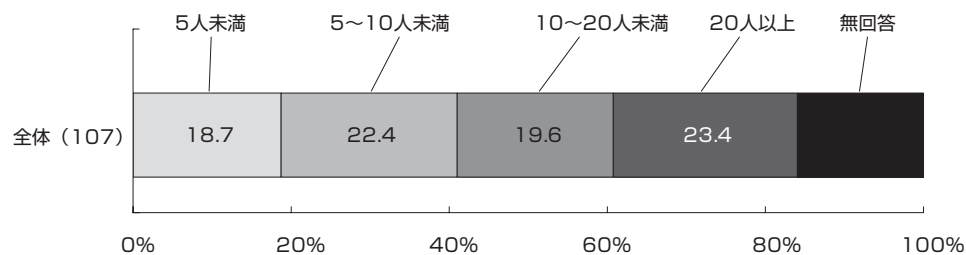


図32 プロジェクトや委員会の退院支援検討対象患者数

直近3か月間における退院支援検討対象患者数について調査したところ、1医療機関あたりの平均患者数は20.2人である。カテゴリー別にみると、「20人以上」の割合が23.4%を占め、対して「5人



未満」が18.7%である（図32）。

5) 入院患者の退院促進に向けた機能状況

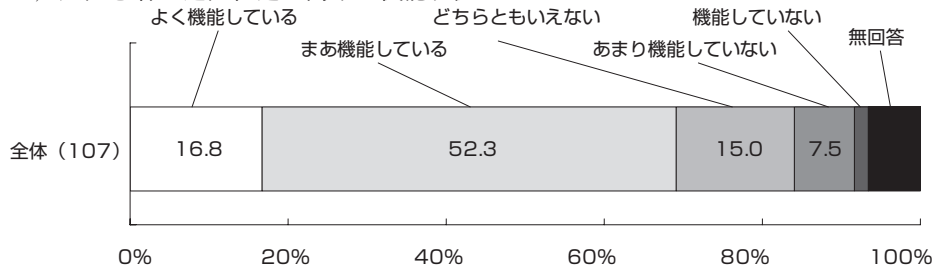


図33 プロジェクトや委員会の機能状況

入院患者の退院促進に向けた機能状況について調査したところ、「よく機能している」と回答した医療機関の割合が16.8%、「まあ機能している」が52.3%であり、70%近くが機能していると回答している（図33）。

3) 退院支援担当者の内容

(1) 配置年の状況

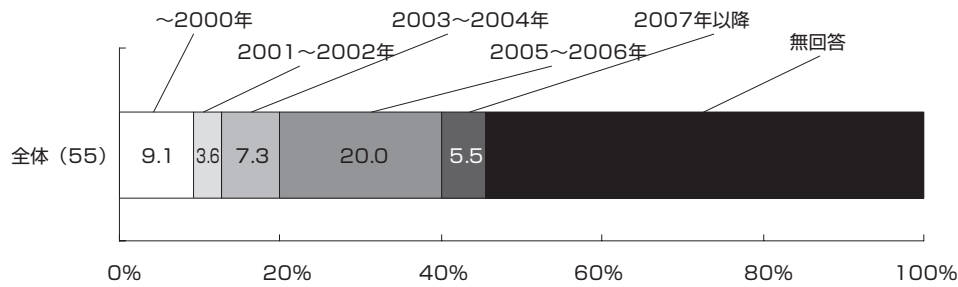


図34 担当者の配置年

『退院支援担当者の配置年』について調査したところ、2005年以降に配置した医療機関が25.5%を占めている（図34）。

(2) 責任者の状況

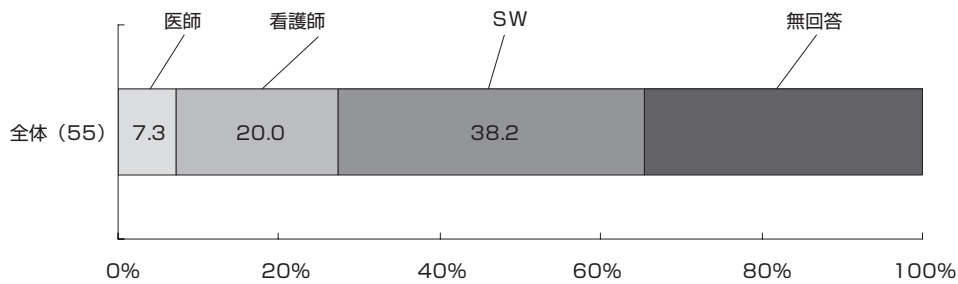


図35 退院支援担当責任者の職種

『退院支援担当の責任者』について調査したところ、職種は「SW」の割合が38.2%で最も高く、これに「看護師」が20.0%、「医師」が7.3%が続いている（図35）。

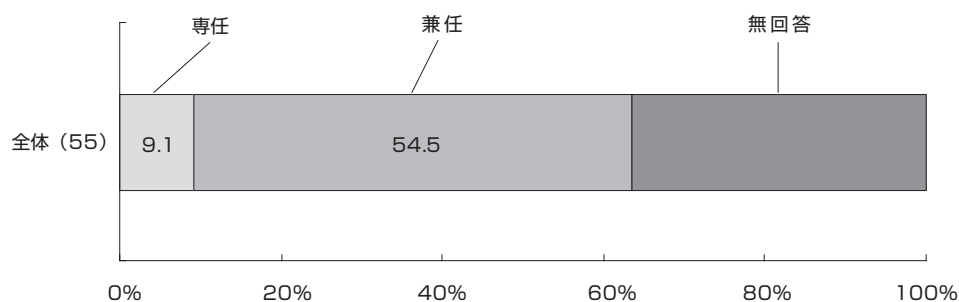


図36 退院支援担当責任者の担当状況

責任者の担当状況を見ると、「兼任」の割合が54.5%を占めている（図36）。

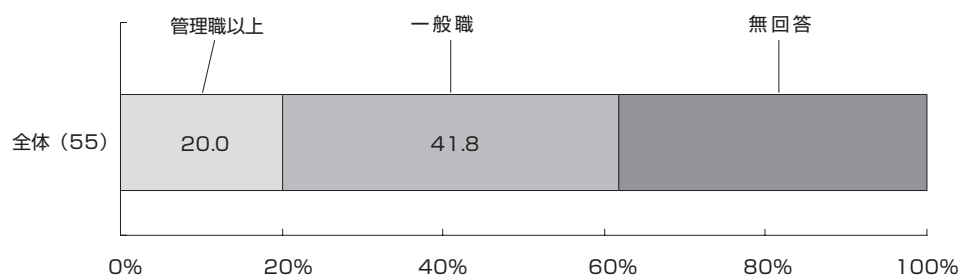


図37 退院支援担当責任者の役職

責任者の役職を見ると、「一般職」の割合が41.8%を占めている（図37）。

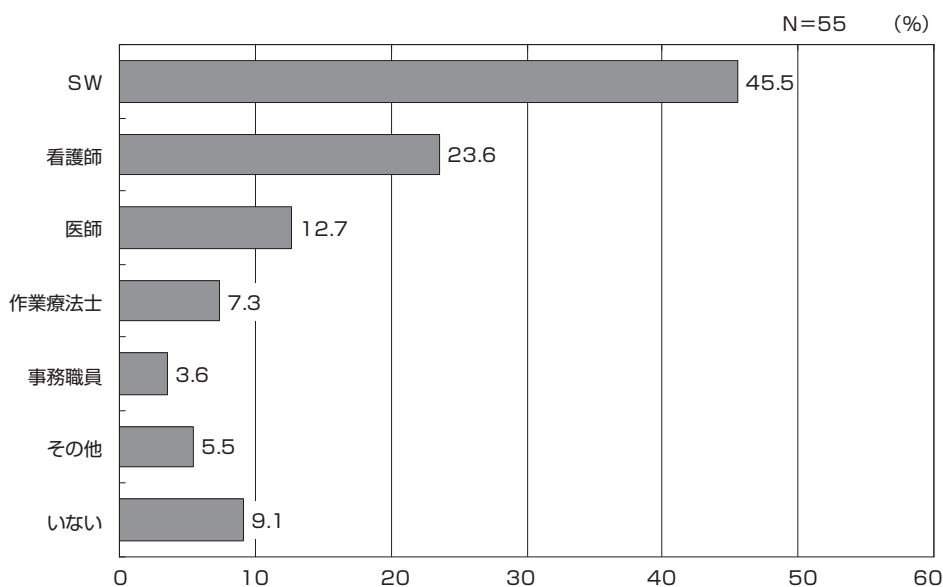


図38 退院支援担当責任者以外の構成職員

責任者以外の構成職員の状況を見ると、「SW」が45.5%で最も高く、これに「看護師」(23.6%)、「医師」(12.7%)、「作業療法士」(7.3%)、「事務職員」(3.6%)と続いている（図38）。

(3) 定例会の実施状況

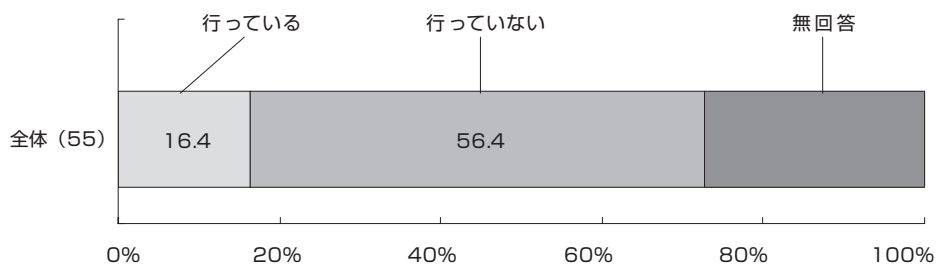


図39 退院支援担当者の定例会の実施状況

『退院支援担当者の定例会の実施状況』について調査したところ、「行っている」と回答した医療機関の割合が16.4%であり、「行っていない」が56.4%を占めている（図39）。

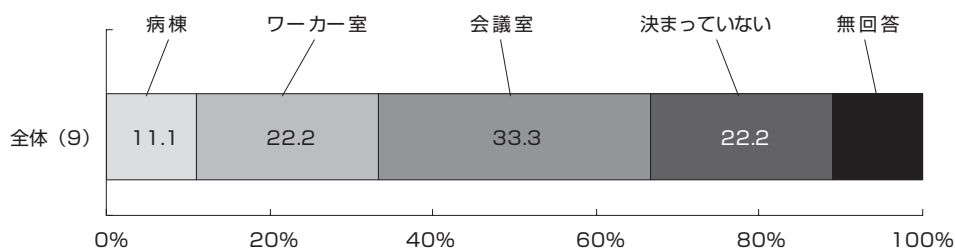


図40 退院支援担当者の定例会を主に行う場所

定例会を主に行う場所についてみると、「会議室」の割合が33.3%で最も高く、「ワーカー室」が22.2%、「病棟」が11.1%である（図40）。

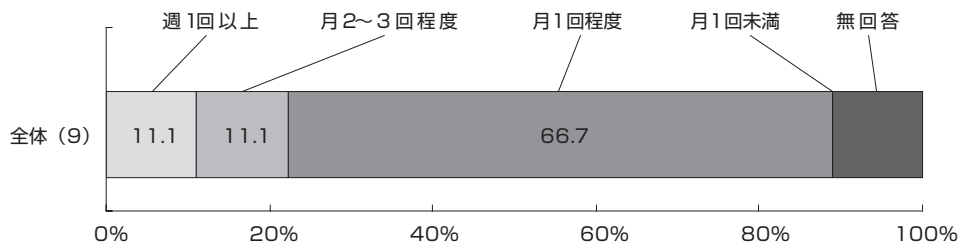


図41 退院支援担当者の定例会の開催頻度

定例会の開催頻度についてみると、「月1回程度」の割合が66.7%を占めている（図41）。

(4) 退院支援検討対象患者数

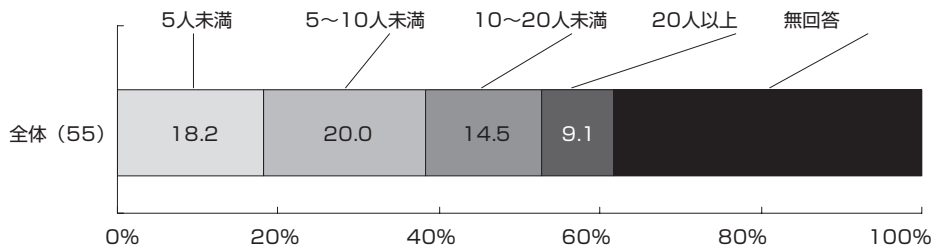


図42 退院支援担当者の退院支援検討対象患者数

直近3か月間における退院支援検討対象患者数について調査したところ、1医療機関あたりの平均

患者数は11.3人である。カテゴリー別にみると、「5～10人未満」の割合が20.0%であり、「5人未満」が18.2%である（図42）。

#### (5) 入院患者の退院促進に向けた機能状況

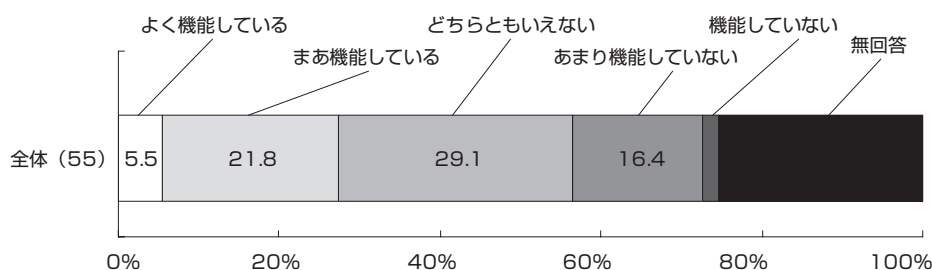


図43 退院支援担当者の機能状況

入院患者の退院促進に向けた機能状況について調査したところ、「よく機能している」と回答した医療機関の割合が5.5%、「まあ機能している」が21.8%であり、3割近くが機能していると回答している（図43）。

## 4. 精神科病棟への退院支援担当者の配置状況

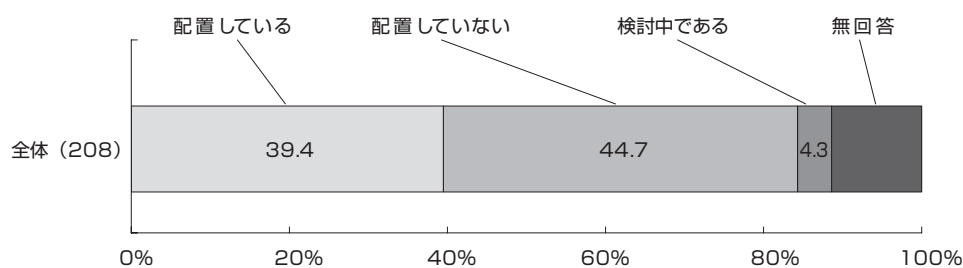


図44 「退院支援担当者」の病棟への配置状況

精神科病棟への『退院支援担当者』の配置状況について調査したところ、「配置している」と回答した医療機関の割合は39.4%である（図44）。

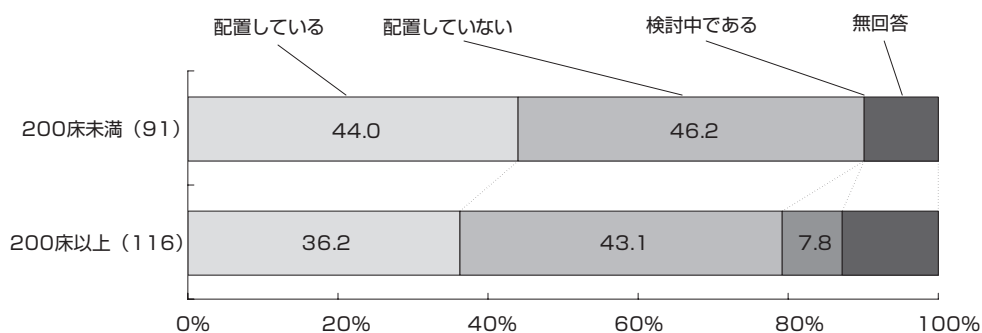


図45 「退院支援担当者」の病棟への配置状況（精神科病床規模別）

精神科病床規模別にみると、「配置している」医療機関の割合は、「200床未満」で44.0%を占めており、「200床以上」より高い（図45）。

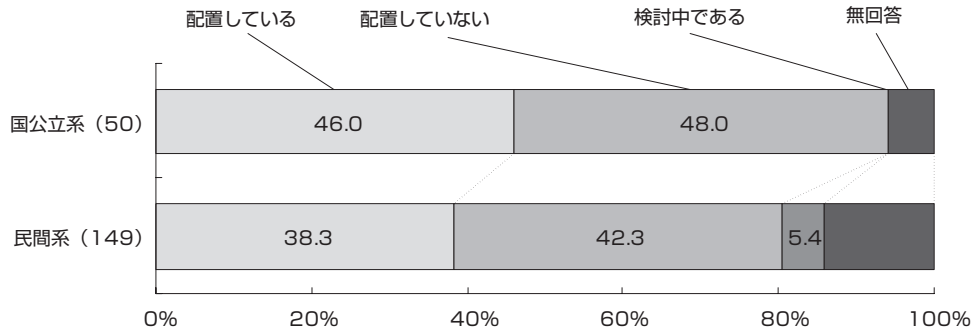


図46 「退院支援担当者」の病棟への配置状況（設置主体別）

設置主体別にみると、「配置している」医療機関の割合は、「国公立系」が46.0%を占めており、「民間系」(38.3%)より高い(図46)。

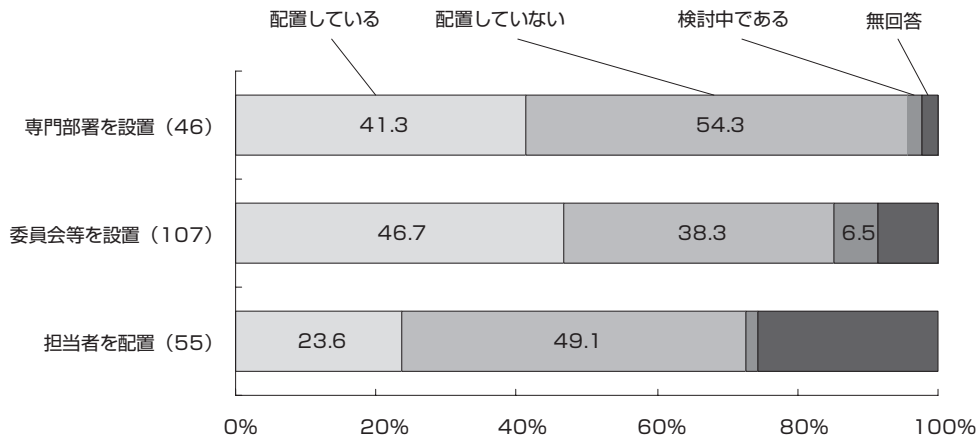


図47 「退院支援担当者」の病棟への配置状況（退院支援体制別）

退院支援体制別にみると、「配置している」ところは、「退院支援の専門部署を設置」で41.3%、「委員会等を設置」で46.7%を占めている。一方、「担当者を配置」では23.6%と低い(図47)。

## 5. 精神科病棟の退院支援担当者の内容

### 1) 精神科病棟への退院支援担当者の配置年

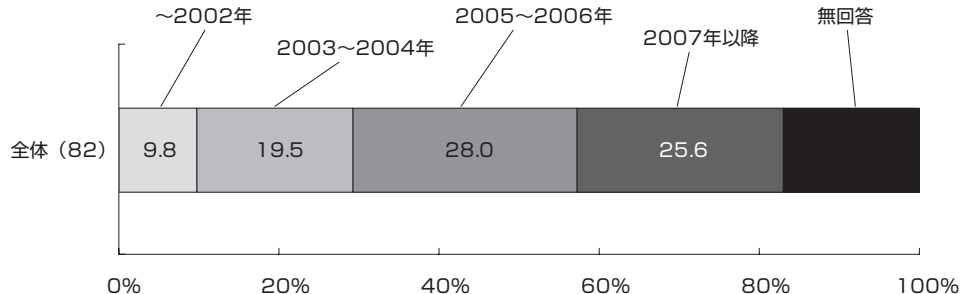


図48 病棟への退院支援担当者の配置年

『精神科病棟への退院支援担当者の配置年』について調査したところ、2005年以降に配置した医療機関の割合が50%以上を占めている(図48)。

## 2) 精神科病棟の退院支援担当者の職種

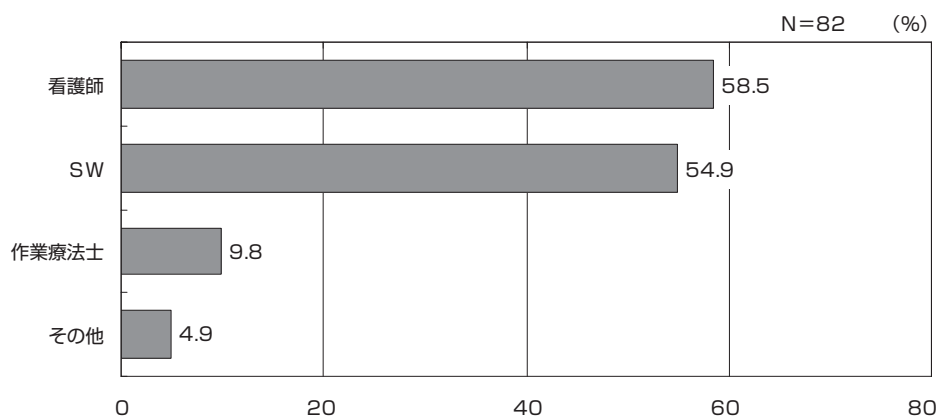


図49 病棟配置の「退院支援の担当者」の職種

『精神科病棟の退院支援担当者の職種』について調査したところ、「看護師」が58.5%、「SW」が54.9%でともに半数を超えており、これに続く「作業療法士」は9.8%で1割に満たない（図49）。

## 3) 精神科病棟の退院支援担当者の担当状況

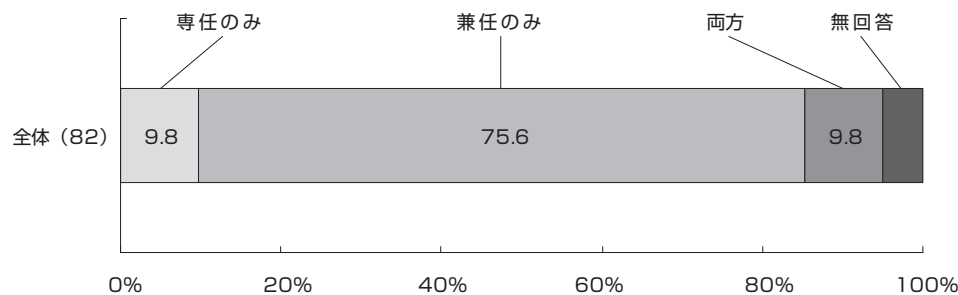


図50 病棟配置の「退院支援の担当者」の担当状況

『病棟退院支援担当者の担当状況』をみると、「兼任のみ」が75.6%を占めている（図50）。

## 4) 精神科病棟の退院支援担当者の役職

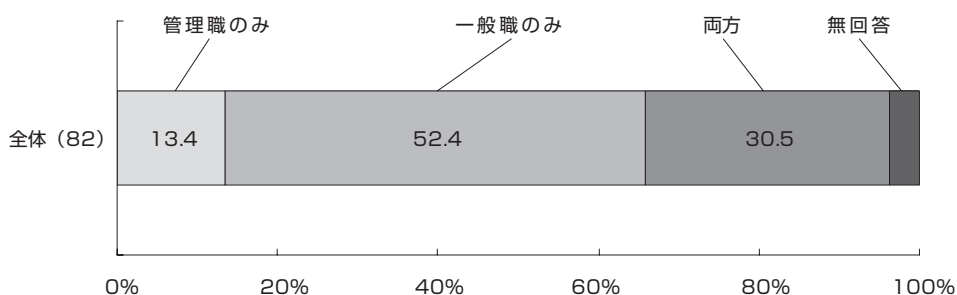


図51 病棟配置の「退院支援の担当者」の役職

『精神科病棟の退院支援担当者の役職』をみると、「一般職のみ」の割合が52.4%を占めている（図51）。

5) 退院支援担当者を配置している精神科病棟数

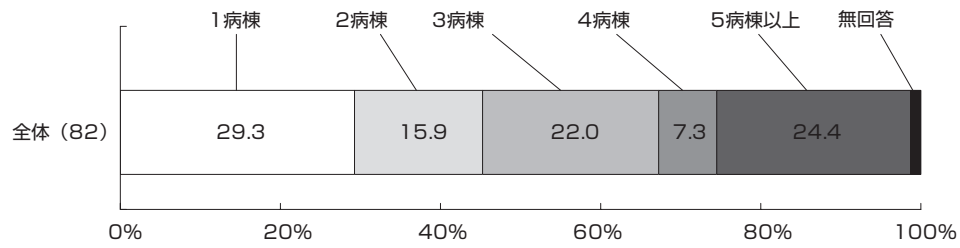


図52 「退院支援担当者」を配置している精神科病棟数

「退院支援担当者を配置している精神科病棟数」について調査したところ、1医療機関あたりの平均病棟数は3.05病棟である。カテゴリ別にみると、「1病棟」と回答した医療機関の割合が29.3%で最も高く、「3病棟」が22.0%となっている（図52）。

6) 定例会の実施状況

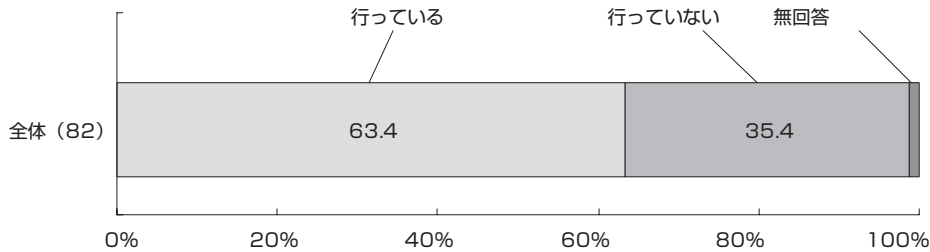


図53 退院支援を目的とした定例会の実施状況

通常のカンファレンスとは別の退院支援を目的とした定例会の実施状況について調査したところ、「行っている」と回答した医療機関の割合は63.4%を占めている（図53）

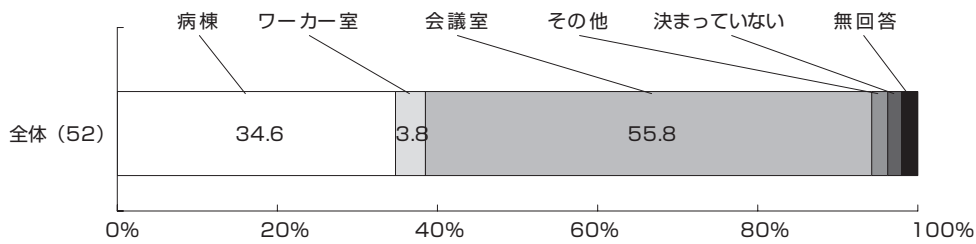
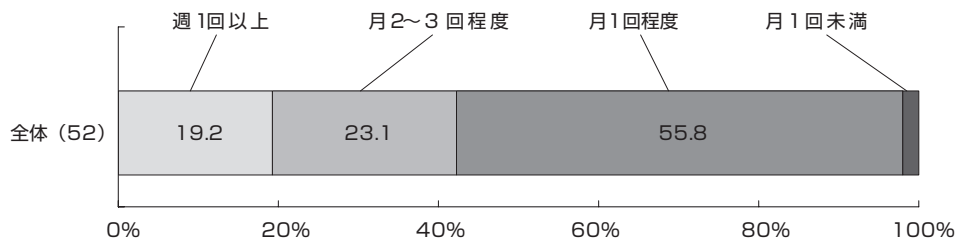


図54 退院支援を目的とした定例会を主に行う場所

定例会を主に行う場所についてみると、「会議室」が55.8%で最も高く、「病棟」が34.6%が続いている（図54）。



定例会の開催頻度についてみると、「月1回程度」の割合が55.8%を占めている（図55）。

## 7) 退院支援検討対象患者数

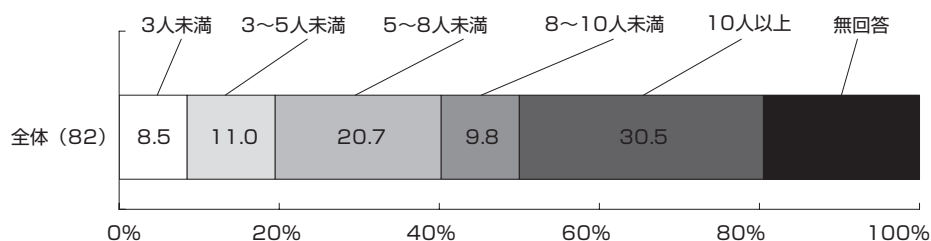


図56 退院支援検討対象患者数

直近3か月間における退院支援検討対象患者数について調査したところ、1医療機関あたりの平均患者数は21.7人である。カテゴリー別にみると、「5～8人未満」の割合が20.7%を占め、「10人以上」が30.5%である（図56）。

## 6. その他の退院支援に関する取り組み状況

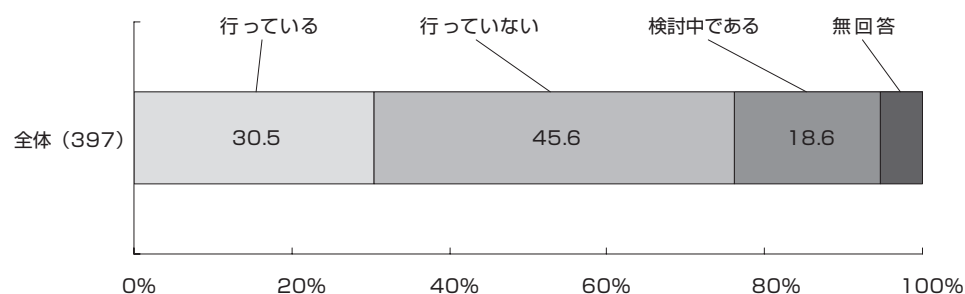


図57 その他の退院支援に関する取り組み

「退院支援の専門部署の設置」「退院支援のプロジェクトや委員会の設置」「退院支援の担当者の配置」以外の退院支援に関する取り組み状況について調査したところ、「行っている」と回答した医療機関の割合は30.5%である。また、取り組みの内容をみると、「精神科訪問看護」「精神科退院前訪問指導」「外来作業療法」「退院促進に向けた各種教室や研修会の開催」「デイケア、ナイトケアの実施」「退院支援プログラムの作成」「共同住宅の確保」「各種関係機関との連携」などが挙げられている（図57）。

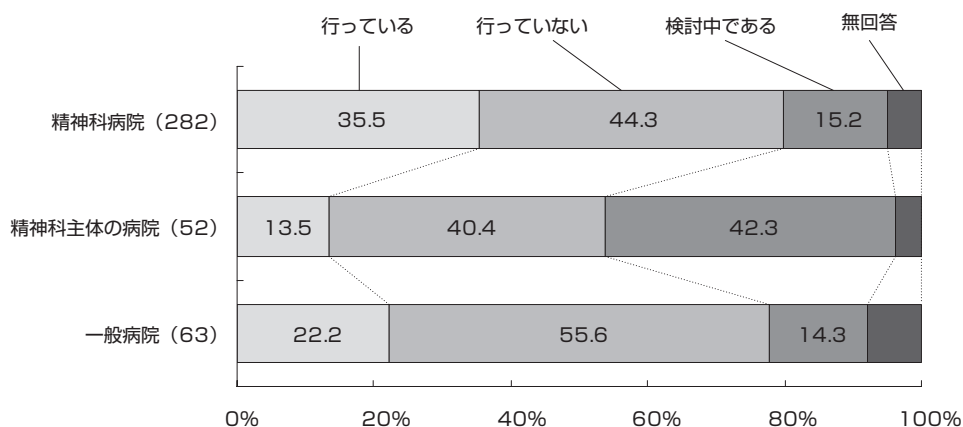


図58 その他の退院支援に関する取り組み（病院種別）

病院種別にみると、「行っている」医療機関の割合は、「精神科病院」が35.5%で最も高い。また、「検討中である」医療機関は、「精神科主体の病院」で42.3%を占めている（図58）。



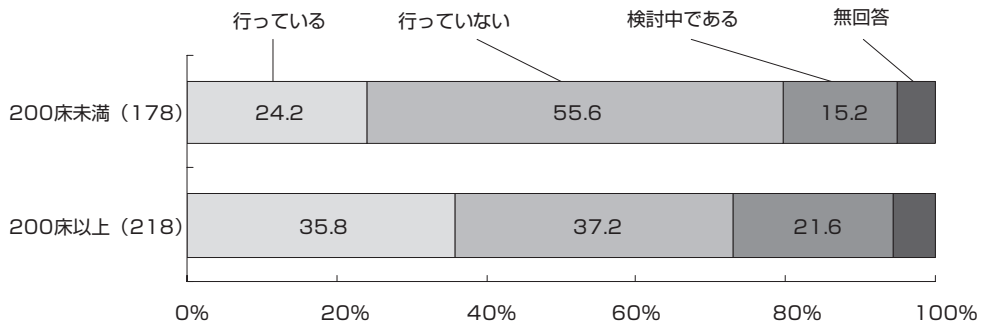


図59 その他の退院支援に関する取り組み（精神科病床規模別）

精神科病床規模別にみると、「行っている」ところは、“200床以上”が35.8%であり、“200床未満”を10ポイント以上上回っている（図59）。

## 7. 退院支援体制実施による効果

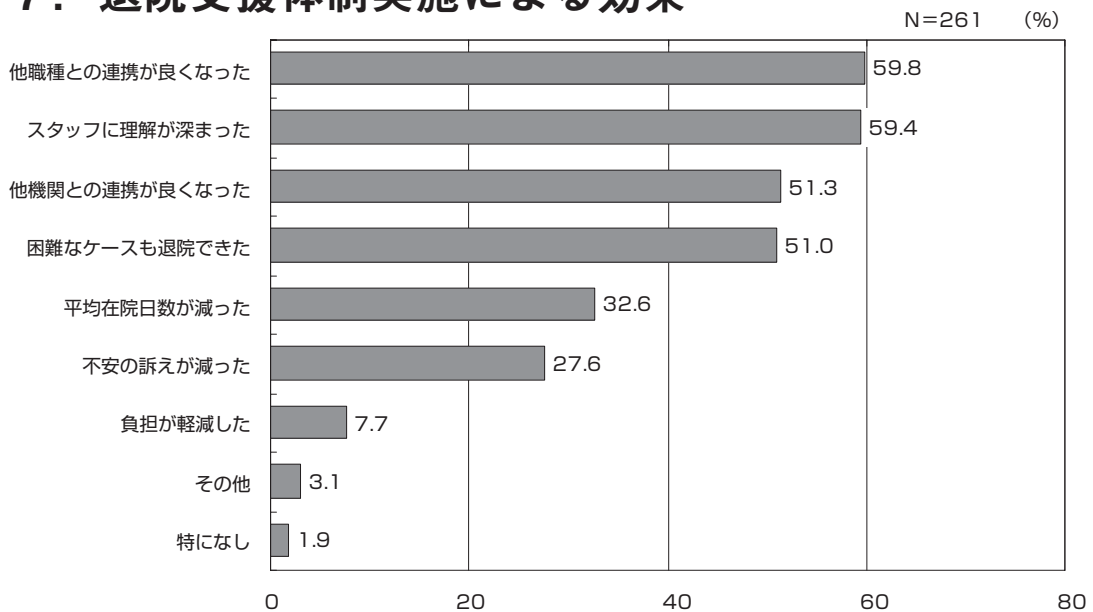


図60 退院支援体制実施による効果の内容

退院支援体制実施による効果の内容について調査したところ、「院内の他職種との連携が良くなった」「院内のスタッフに理解が深まった（退院に対する意識が高まった）」がともに6割近くを占めている。

また、「院外の他機関との連携がよくなった」「困難なケースでも退院できるようになった」がともに5割強で続いている（図60）。

表1 退院支援体制実施による効果の内容（退院支援体制別） (%)

	専門部署を 設置 (46)	プロジェクトや委 員会を設置 (107)	担当者を配置 (55)	実施して いない
平均在院日数が減った	34.8	40.2	20.0	8.0
患者・家族から不安の訴えが減った	34.8	29.9	14.5	8.6
困難なケースでも退院できるようになった	54.3	59.8	41.8	11.2
スタッフに理解が深まった	58.7	72.0	34.5	16.6
スタッフの負担が軽減した	13.0	7.5	7.3	1.1
他職種との連携が良くなった	54.3	70.1	40.0	17.6
他機関との連携が良くなった	67.4	45.8	45.5	15.0
その他	4.3	2.8	0.0	1.6

退院支援体制別にみると、“専門部署を設置”の医療機関は、「困難なケースでも退院できるようになった」「院内のスタッフに理解が深まった」「院内の他職種との連携がよくなった」を挙げたところが半数を超えている。

また、“プロジェクトや委員会を設置”の医療機関は、「院内のスタッフに理解が深まった」「院内の他職種との連携がよくなった」を挙げたところが70%を超えている（表1）。 N=261 (%)

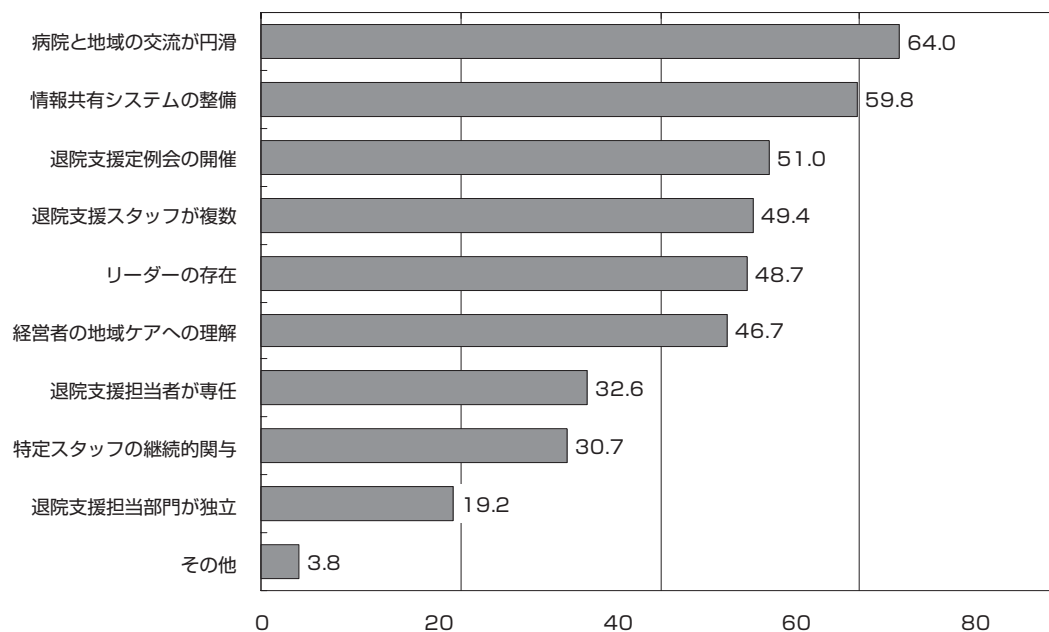


図61 退院支援体制を効果的なものにするための条件

退院支援体制を効果的なものにするための条件について調査したところ、「病院と地域との交流・連携が円滑である」が64.0%で最も高く、これに「病院全体で情報を共有できるシステムが整備されている」が59.8%で続いている。

また、「退院支援の定例会が開催されている」「退院支援のスタッフが複数名いる」「退院支援に関するリーダー的存在の人物がいる」「経営者・管理者に地域ケアへの理解がある（病院理念に掲げているなど）」がいずれも5割前後である（図61）。

## 8. 入院患者の退院に向けて実施している活動

### 1) 退院支援対象者の選出（スクリーニング）

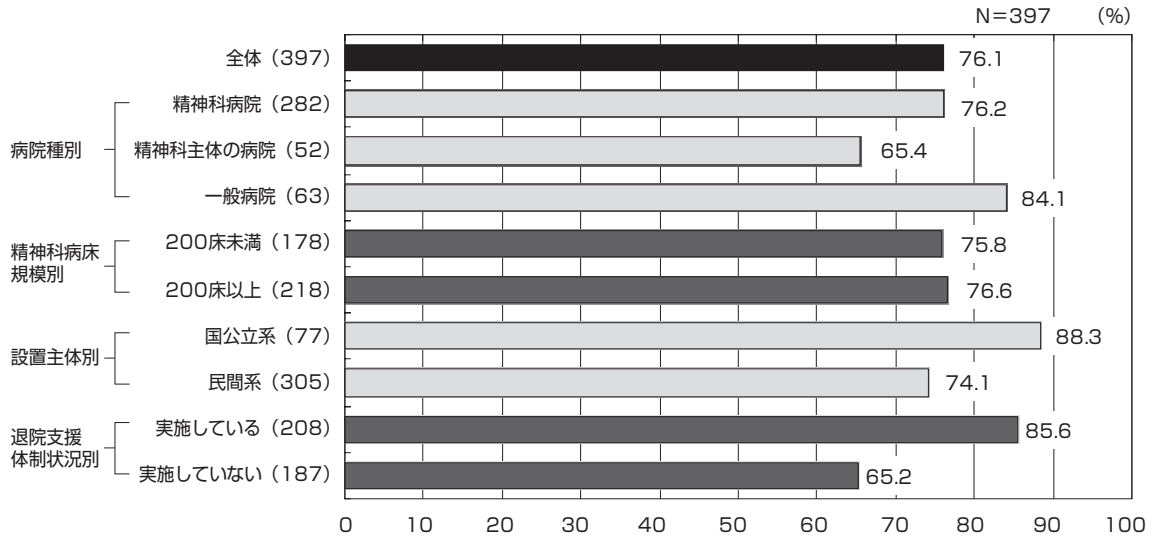


図62 「退院支援対象者の選出」の実施状況

「退院支援対象者の選出（スクリーニング）」を実施している医療機関の割合は76.1%である。

設置主体別では「国公立系」、「退院支援の専門部署の設置」「退院支援のプロジェクトや委員会の設置」「退院支援の担当者の設置」のいずれかの退院支援体制の実施状況別（以降「退院支援体制状況別」）では“実施している”医療機関で実施率が高い（図62）。

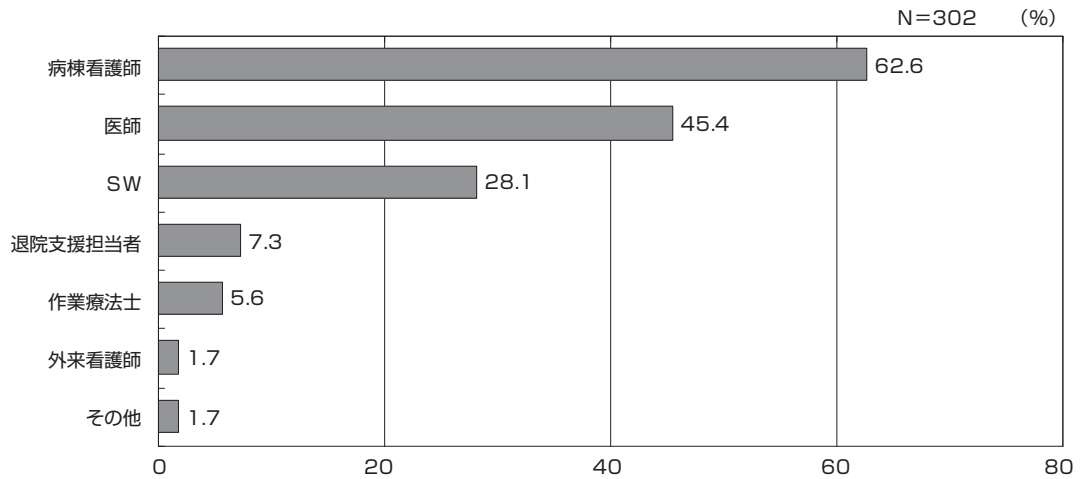


図63 「退院支援対象者の選出」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が62.6%で最も高く、これに「医師」が45.4%、「SW」が28.1%が続いている（図63）。

## 2) 退院や地域生活に向けた包括的アセスメント

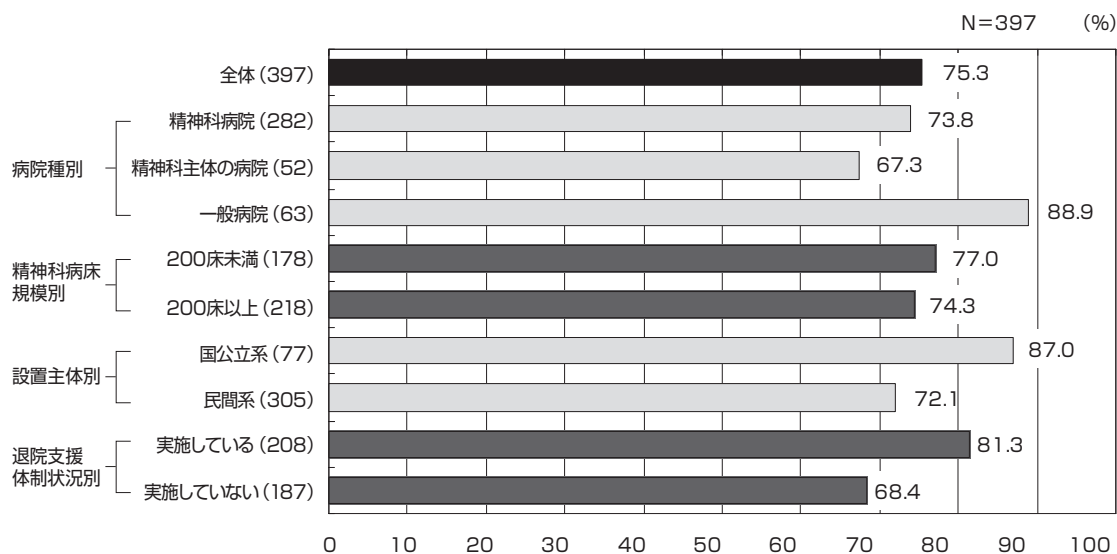


図64 「退院や地域生活に向けた包括的アセスメント」の実施状況

「退院や地域生活に向けた包括的アセスメント」を実施している医療機関の割合は75.3%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図64）。

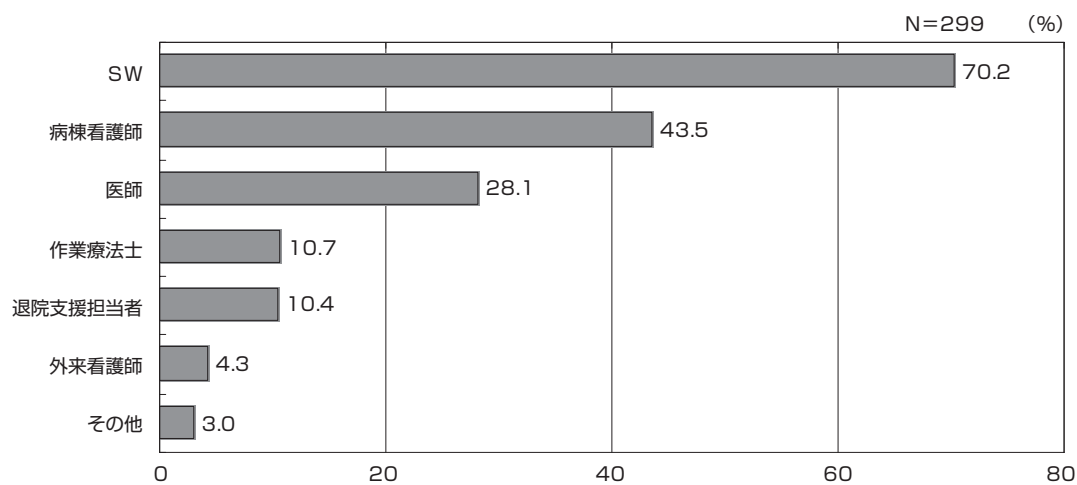


図65 「退院や地域生活に向けた包括的アセスメント」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「SW」が70.2%で最も高く、これに「病棟看護師」が43.5%、「医師」が28.1%が続いている（図65）。

3) 病状の見通し・治療方針の患者への説明

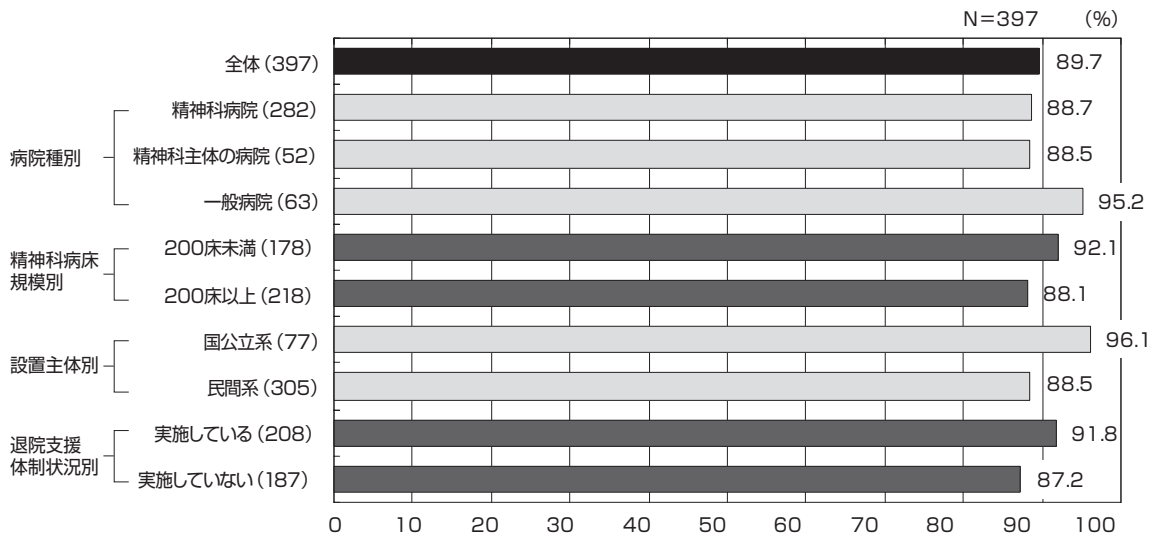


図66 「病状の見通し・治療方針の患者への説明」の実施状況

「病状の見通し・治療方針の患者への説明」を実施している医療機関の割合は89.7%である。病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”でやや実施率が高い（図66）。

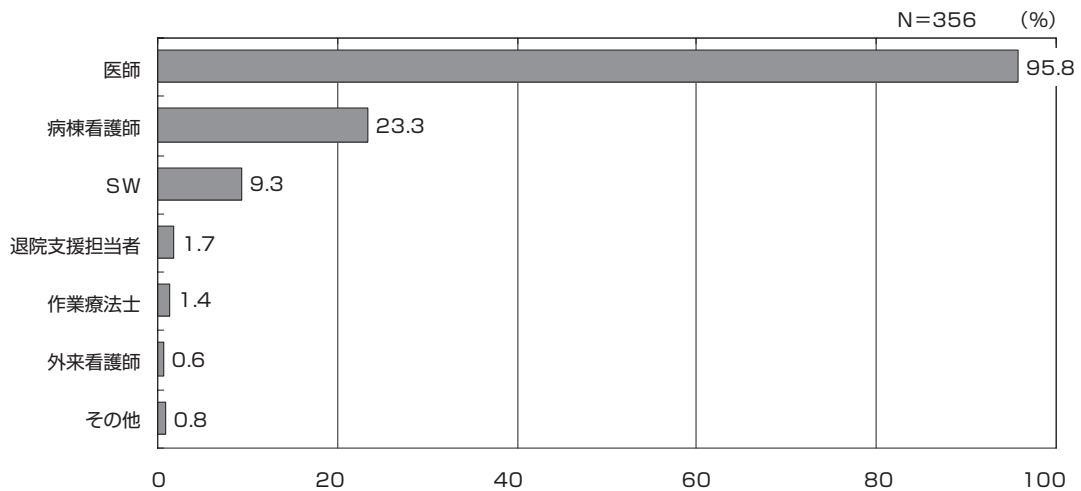


図67 「病状の見通し・治療方針の患者への説明」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「医師」が95.8%で最も高く、「病棟看護師」(23.3%)を大きく上回っている（図67）。

## 4) 患者の退院への意志の強化

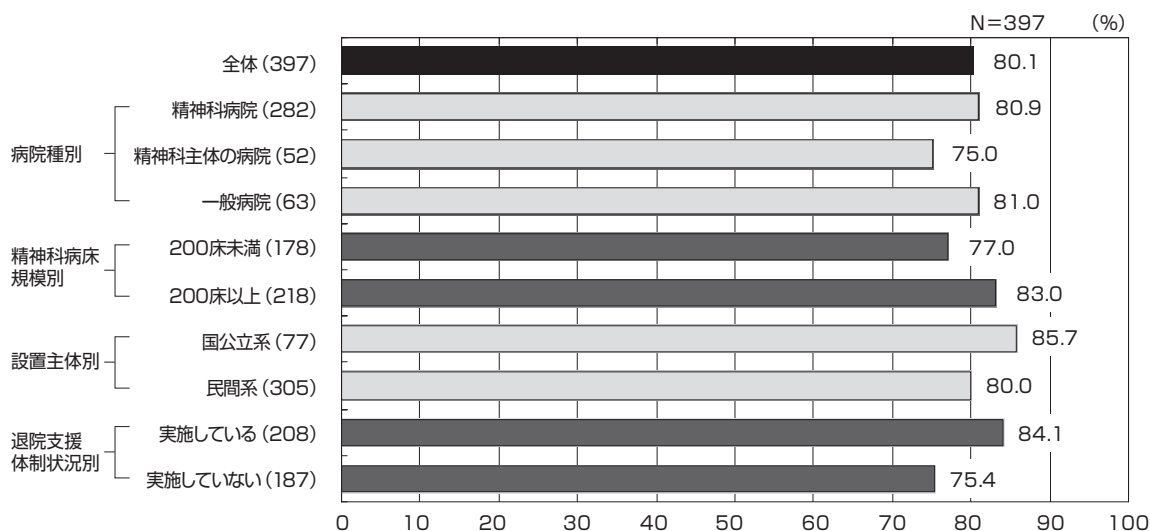


図68 「患者の退院への意思の強化」の実施状況

「患者の退院への意思の強化」を実施している医療機関の割合は80.1%である。精神科病床規模別では“200床以上”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図68）。

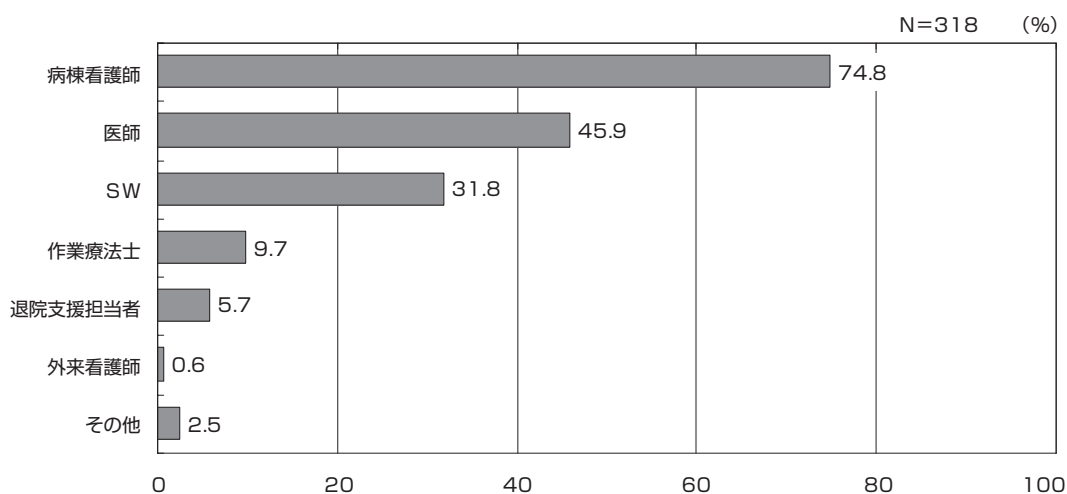


図69 「患者の退院への意思の強化」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が74.8%で最も高く、これに「医師」が45.9%、「SW」が31.8%が続いている（図69）。

5) 家族の退院の意向の確認

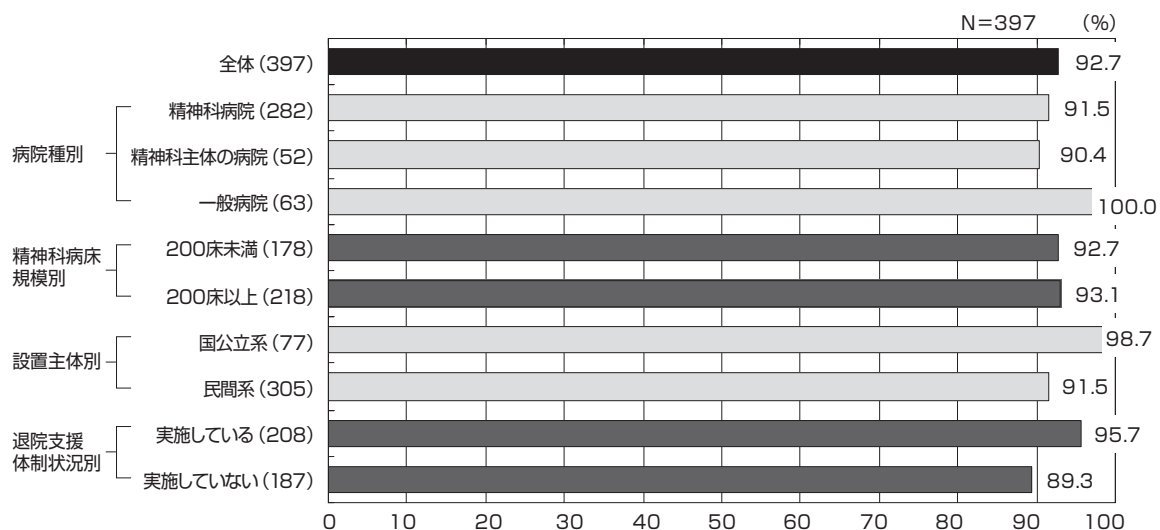


図70 「家族の退院意向の確認」の実施状況

「家族の退院の意向の確認」を実施している医療機関の割合は92.7%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図70）。

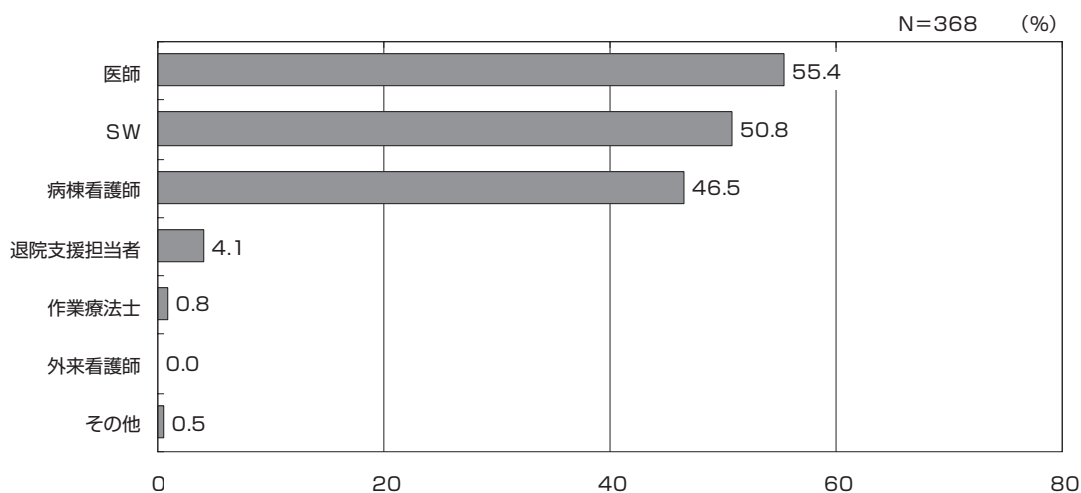


図71 「家族の退院意向の確認」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「医師」が55.4%で最も高く、これに「SW」が50.8%、「病棟看護師」が46.5%で続いている（図71）。

## 6) 患者教育

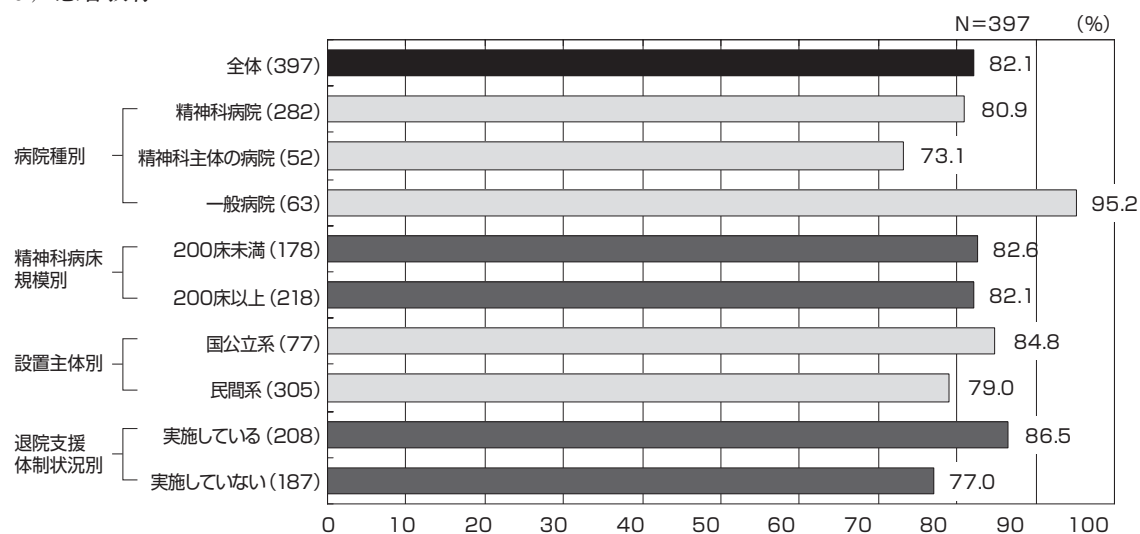


図72 「患者教育」の実施状況

「患者教育」を実施している医療機関の割合は82.1%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い (図72)。

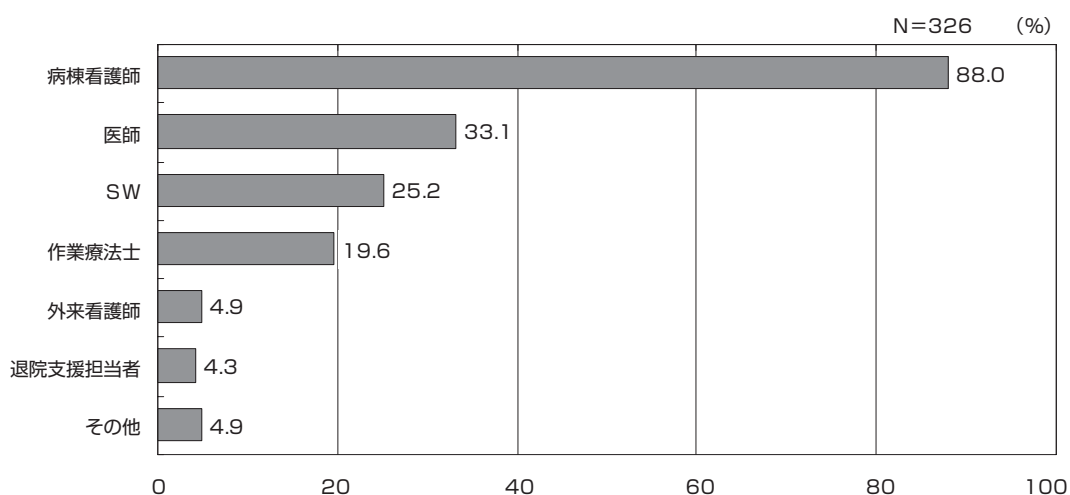


図73 「患者教育」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が88.0%で最も高く、「医師」(33.1%)を大きく上回っている (図73)。



7) 家族調整・支援・教育

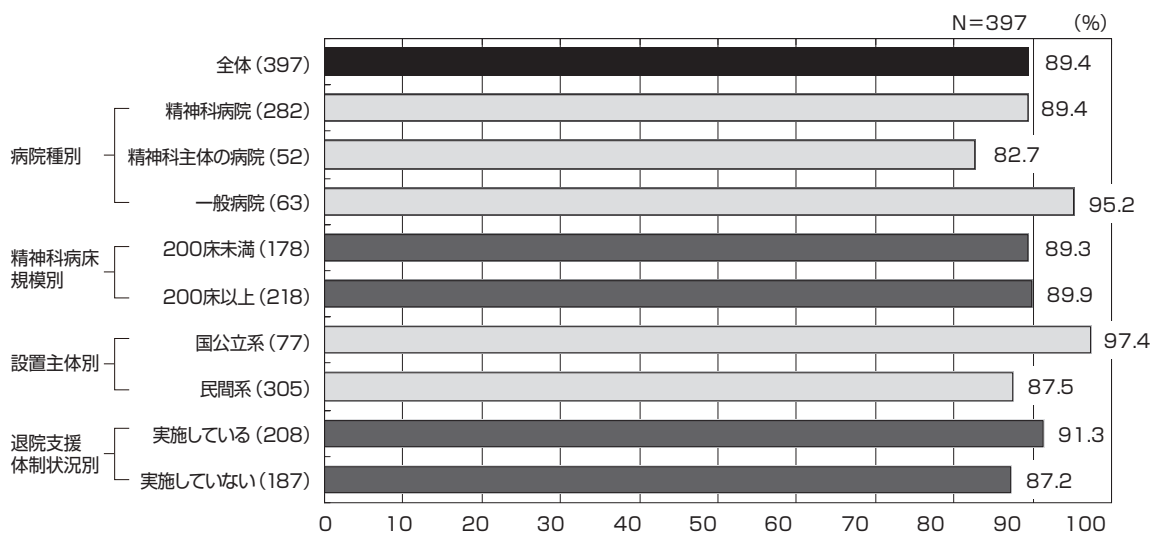


図74 「家族調整・支援・教育」の実施状況

「家族調整・支援・教育」を実施している医療機関の割合は89.4%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”で実施率が高い(図74)。

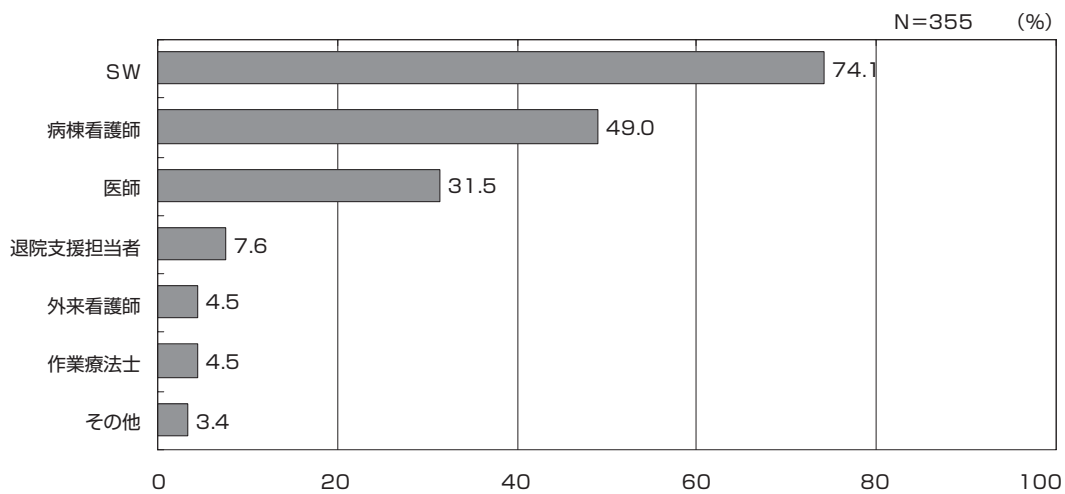


図75 「家族調整・支援・教育」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「SW」が74.1%で最も高く、これに「病棟看護師」が49.0%、「医師」が31.5%が続いている(図75)。

## 8) 退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催

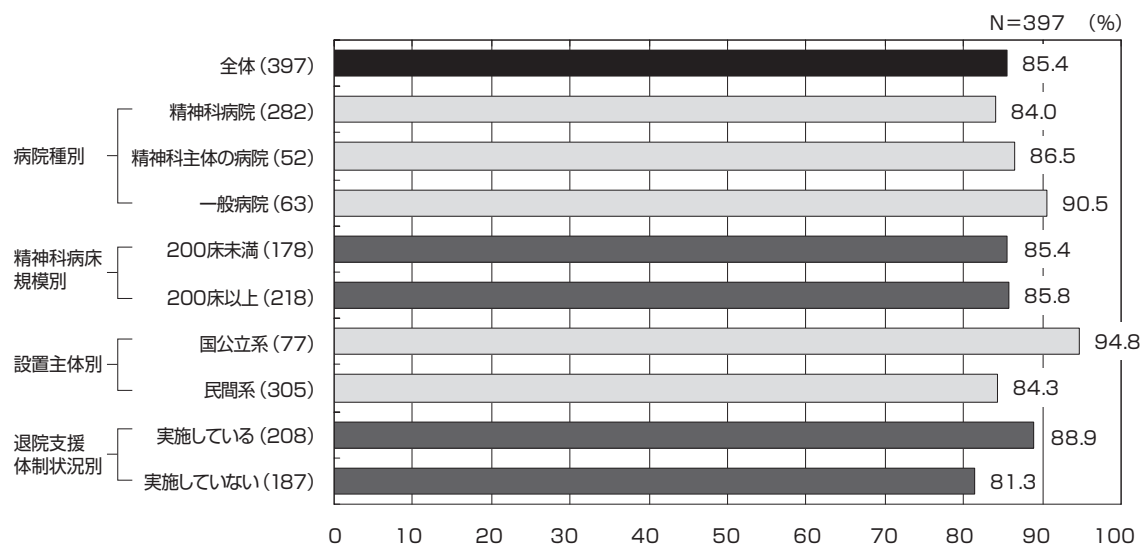


図76 「退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催」の実施状況

「退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催」を実施している医療機関の割合は85.4%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図76）。

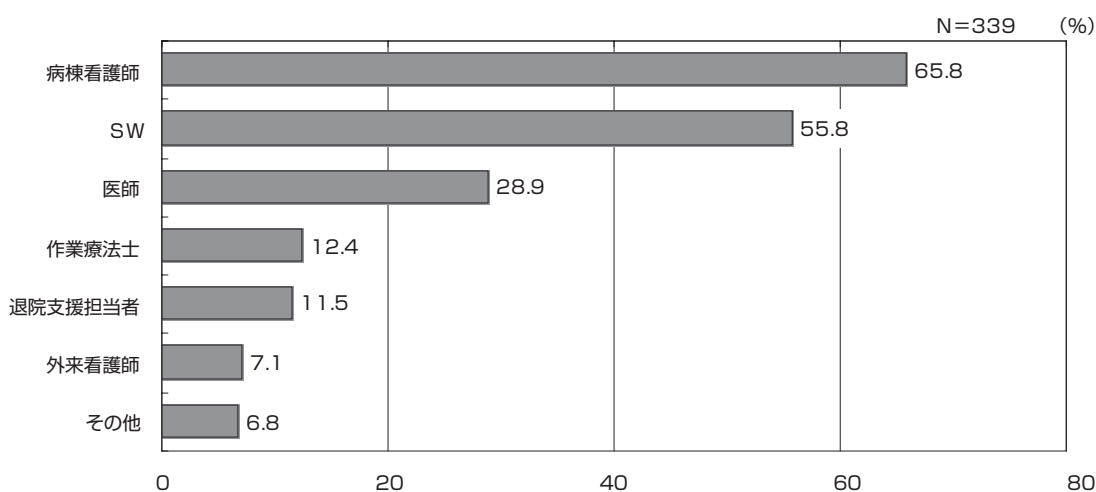


図77 「退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「SW」が65.8%で最も高く、これに「SW」が55.8%、「医師」が28.9%が続いている（図77）。

9) 退院に向けた計画の立案

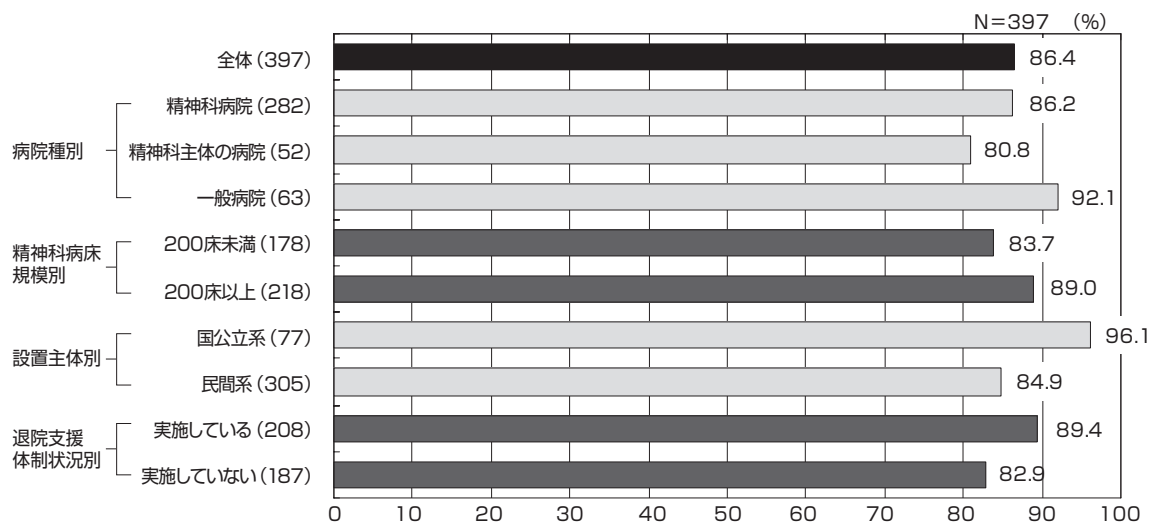


図78 「退院に向けた計画の立案」の実施状況

「退院に向けた計画の立案」を実施している医療機関の割合は86.4%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図78）。

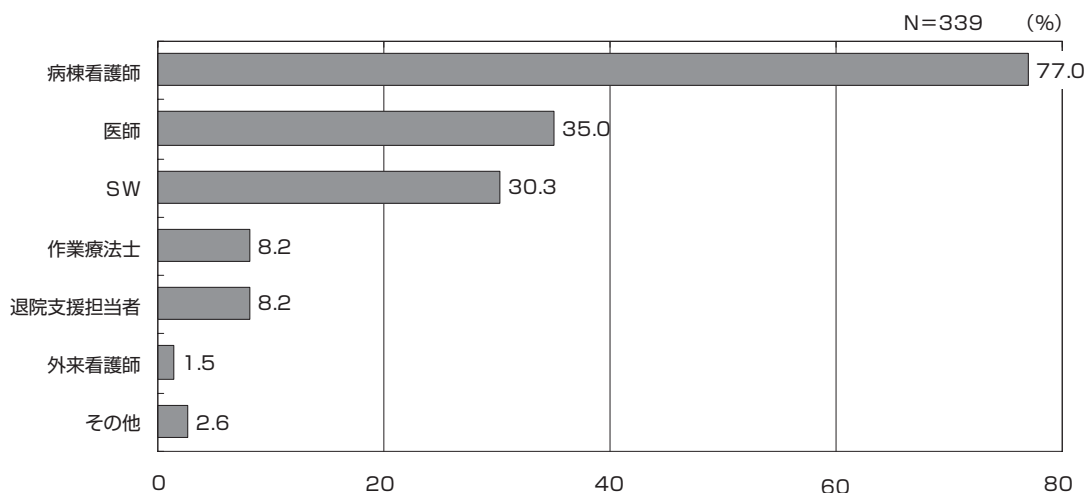


図79 「退院に向けた計画の立案」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が77.0%で最も高く、「医師」(35.0%)を大きく上回っている（図79）。

## 10) 退院に向けた計画の管理

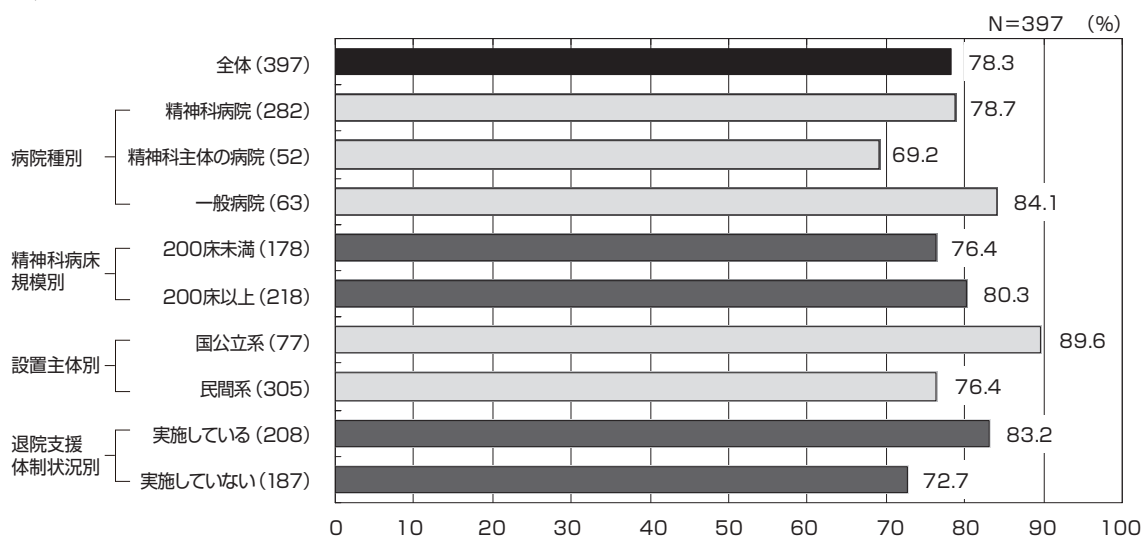


図80 「退院に向けた計画の管理」の実施状況

「退院に向けた計画の管理」を実施している医療機関の割合は78.3%である。

設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図80）。

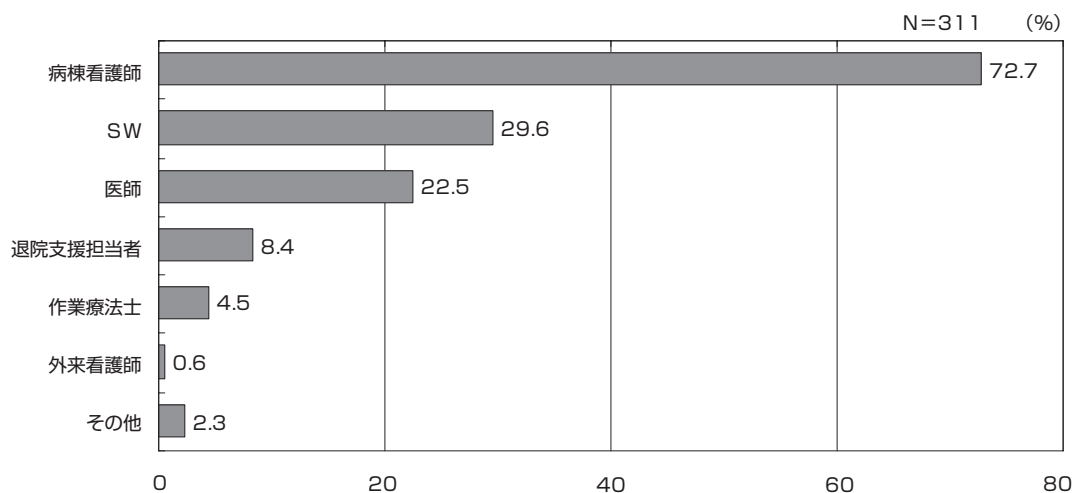


図81 「退院に向けた計画の管理」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が72.7%で最も高く、「SW」(29.6%)を大きく上回っている（図81）。

11) 受持ち看護師の行う退院支援のサポート

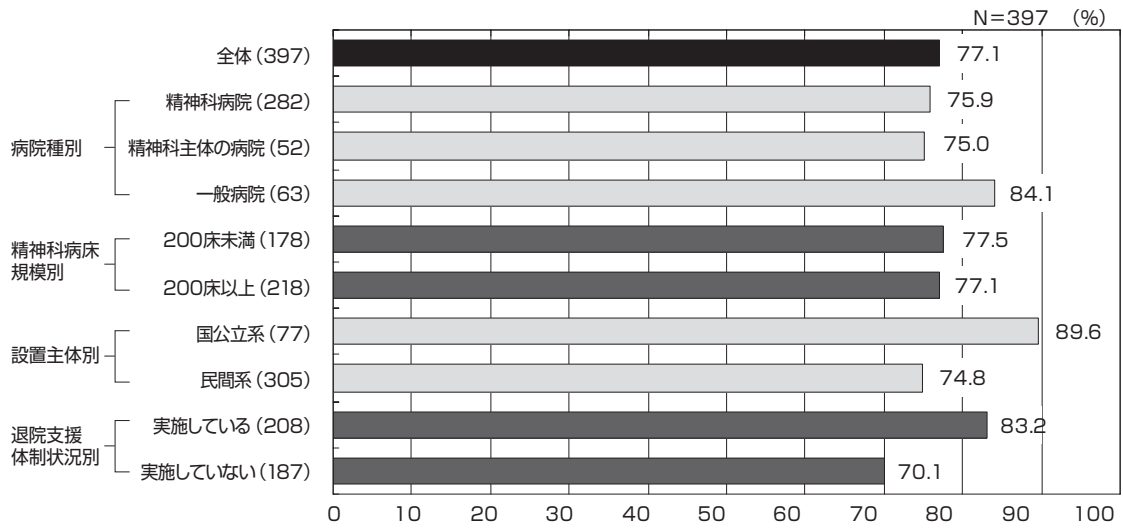


図82 「受け持ち看護師の行う退院支援のサポート」の実施状況

「受け持ち看護師の行う退院支援のサポート」を実施している医療機関の割合は77.1%である。病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図82）。

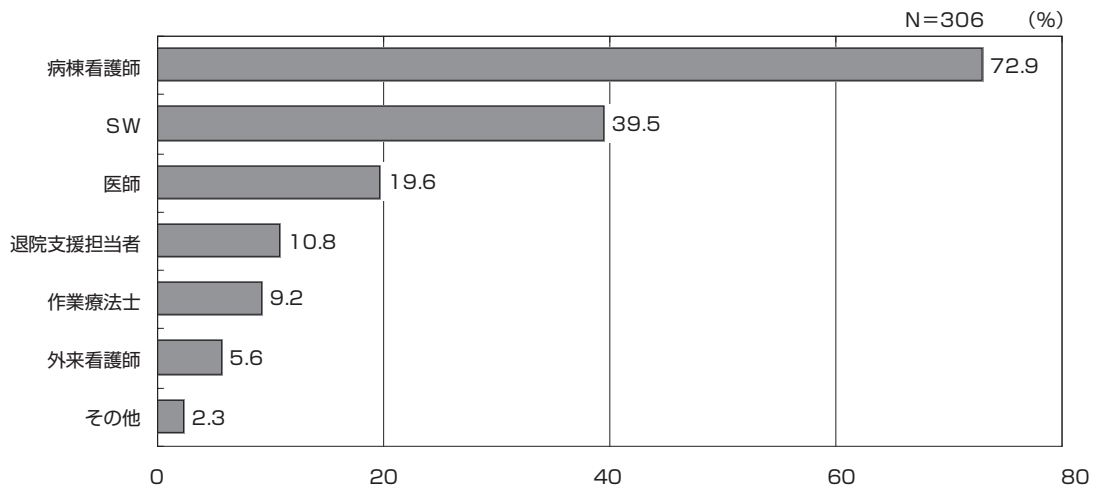


図83 「受け持ち看護師の行う退院支援のサポート」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が72.9%で最も高く、「SW」(39.5%)を大きく上回っている（図83）。

## 12) 社会資源・サービスの探索・交渉

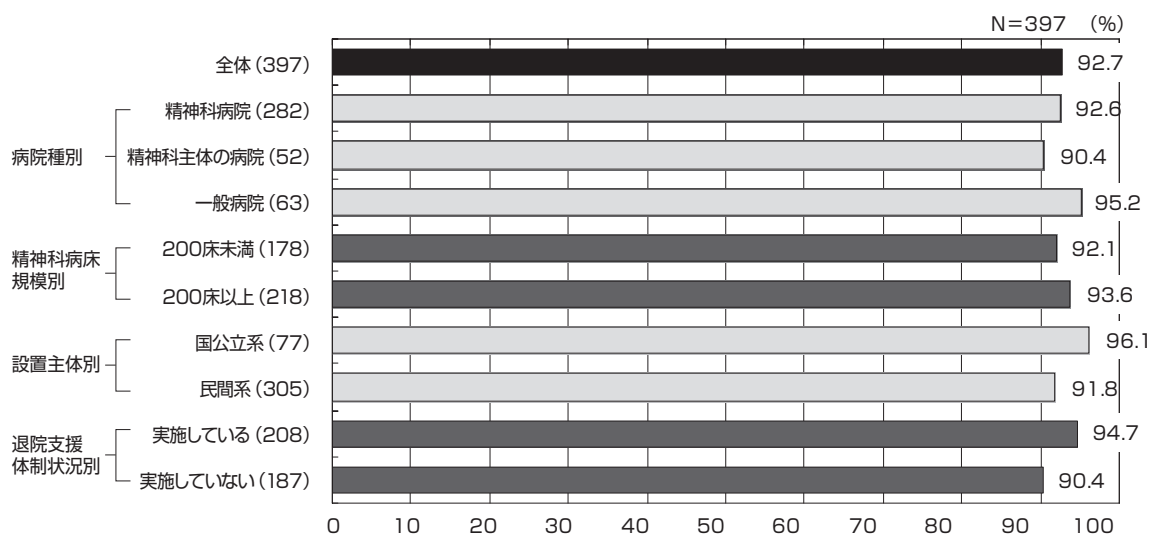


図84 「社会資源・サービスの探索・交渉」の実施状況

「社会資源・サービスの探索・交渉」を実施している医療機関の割合は92.7%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率がやや高い（図84）。

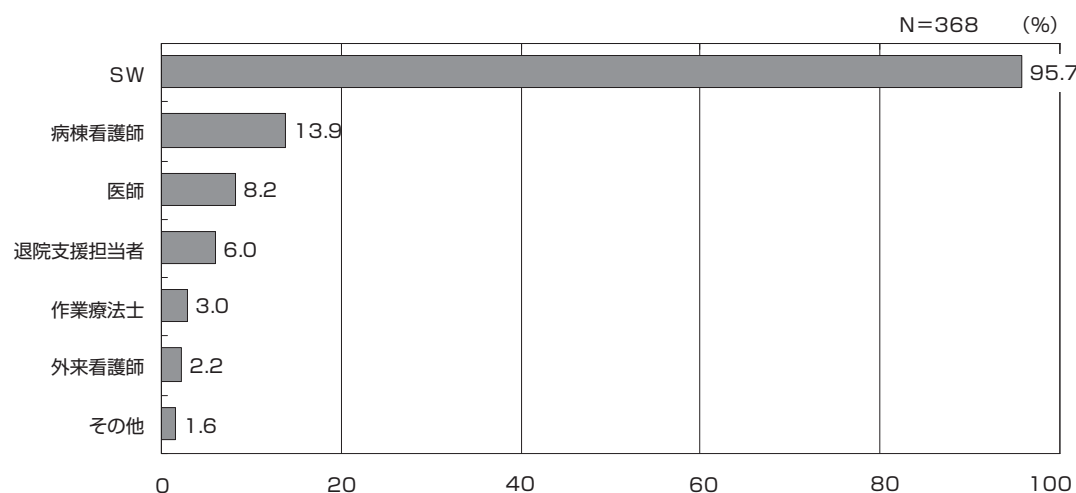


図85 「社会資源・サービスの探索・交渉」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「SW」が95.7%で最も高く、「病棟看護師」（13.9%）を大きく上回っている（図85）。

13) 社会資源・サービスの患者・家族への情報提供

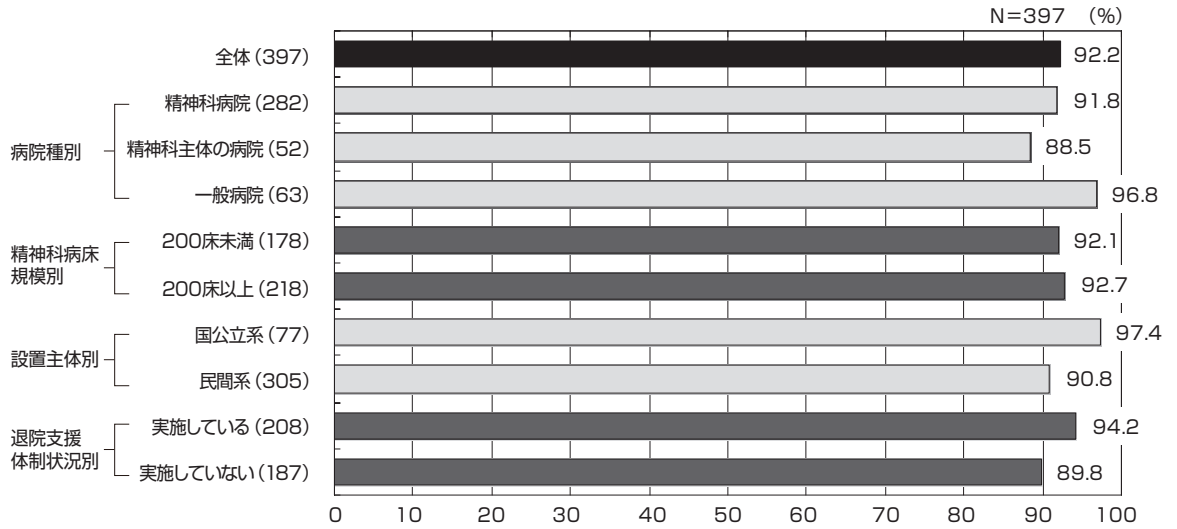


図86 「社会資源・サービスの患者・家族への情報提供」の実施状況

「社会資源・サービスの患者・家族への情報提供」を実施している医療機関の割合は92.2%である。病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率がやや高い（図86）。

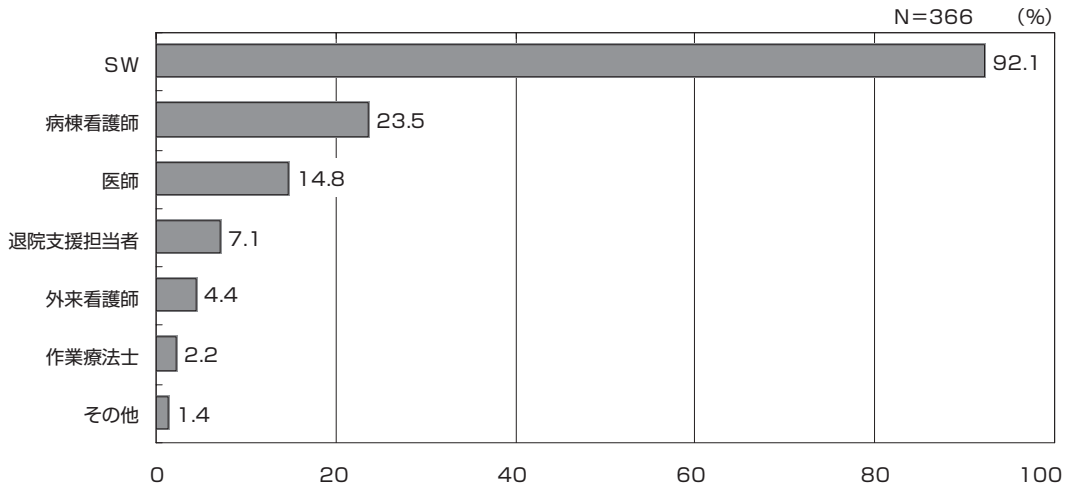


図87 「社会資源・サービスの患者・家族への情報提供」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「SW」が92.1%で最も高く、「病棟看護師」(23.5%)を大きく上回っている（図87）。

## 14) 退院前訪問指導

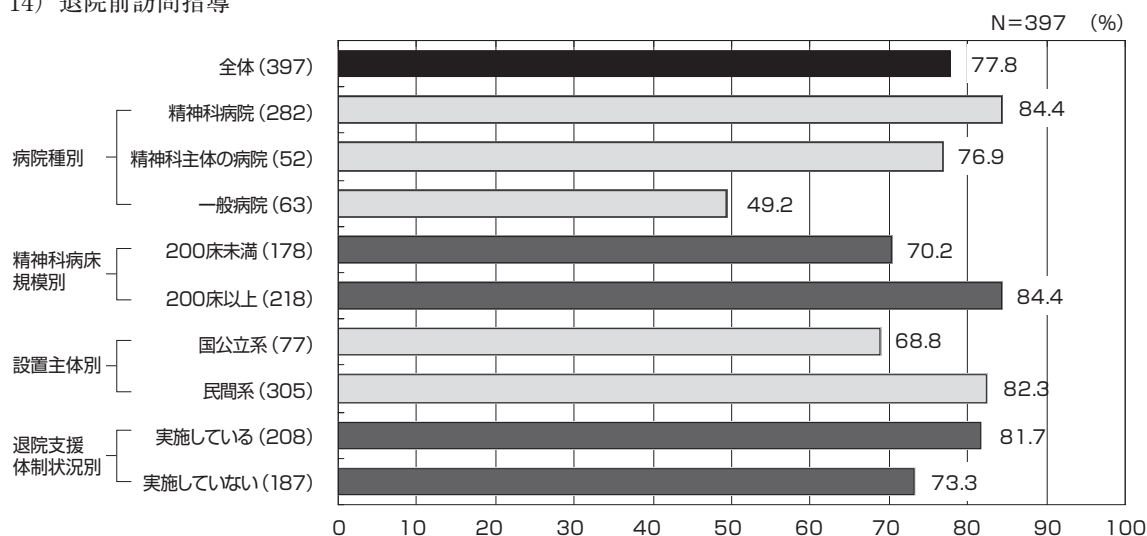


図88 「退院前訪問指導」の実施状況

「退院前訪問指導」を実施している医療機関の割合は77.8%である。

病院種別では“精神科病院”及び“精神科主体の病院”、精神科病床規模別では“200床以上”、設置主体別では“民間系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図88）。

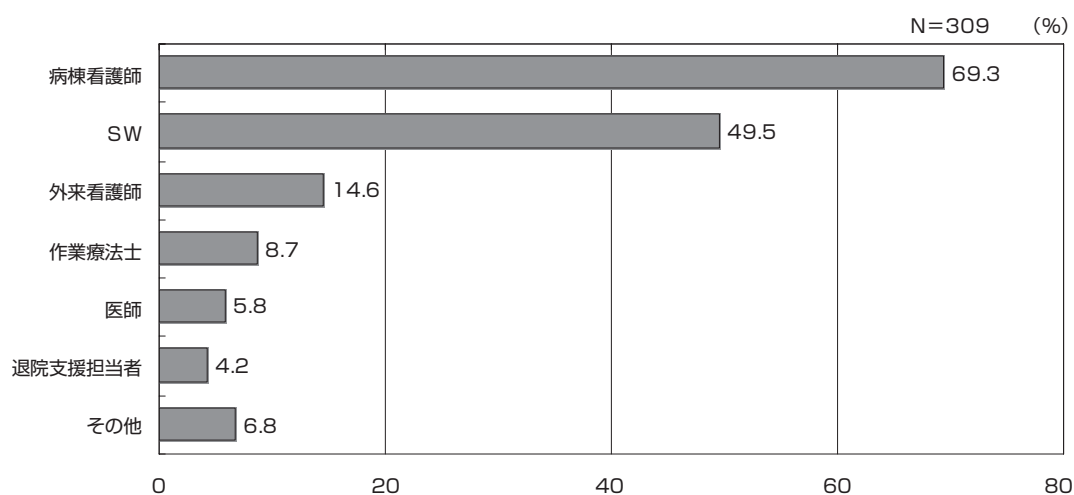


図89 「退院前訪問指導」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が69.3%で最も高く、これに「SW」が49.5%、「外来看護師」が14.6%で続いている。

また、その他の中では「訪問看護師」が多く挙げられている（図89）。



15) 社会資源の体験や外出への同行

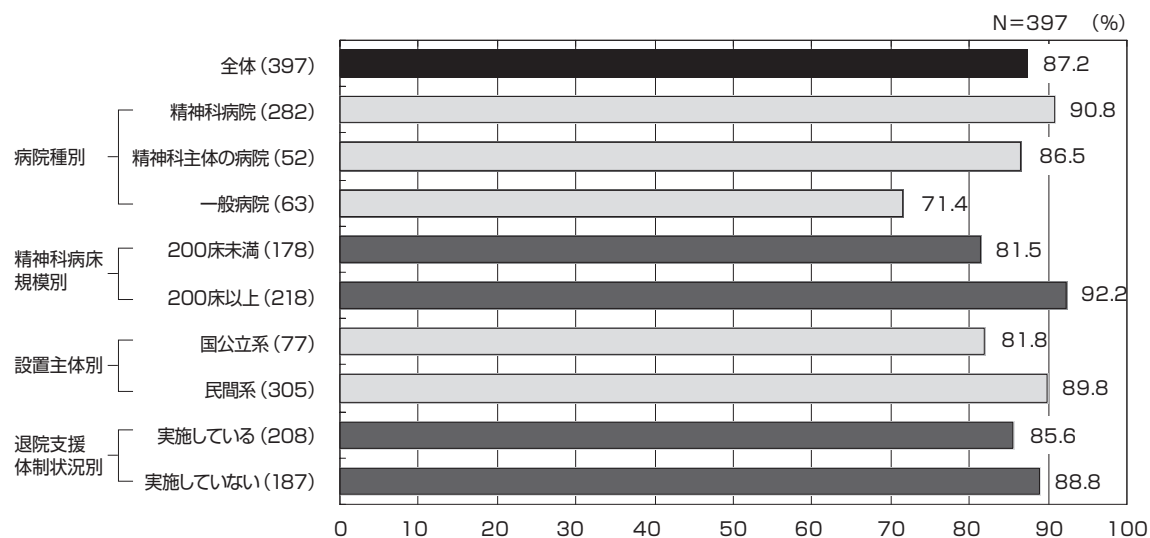


図90 「社会資源の体験や外出への同行」の実施状況

「社会資源の体験や外出への同行」を実施している医療機関の割合は87.2%である。

病院種別では“精神科病院”及び“精神科主体の病院”、精神科病床規模別では“200床以上”、設置主体別では“民間系”で実施率が高い（図90）。

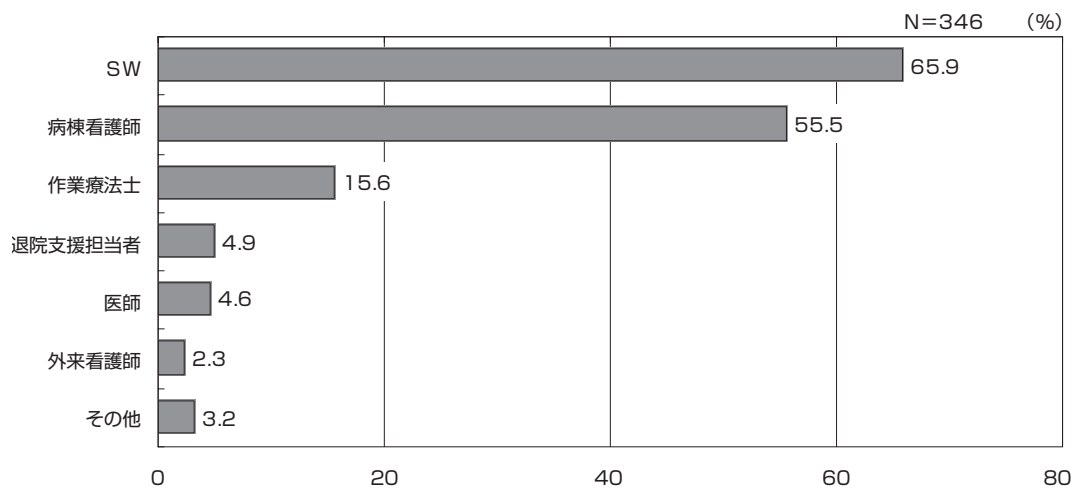


図91 「社会資源の体験や外出への同行」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「SW」が65.9%で最も高く、これに「病棟看護師」が55.5%、「作業療法士」が15.6%が続いている（図91）。

## 16) 退院後の訪問看護

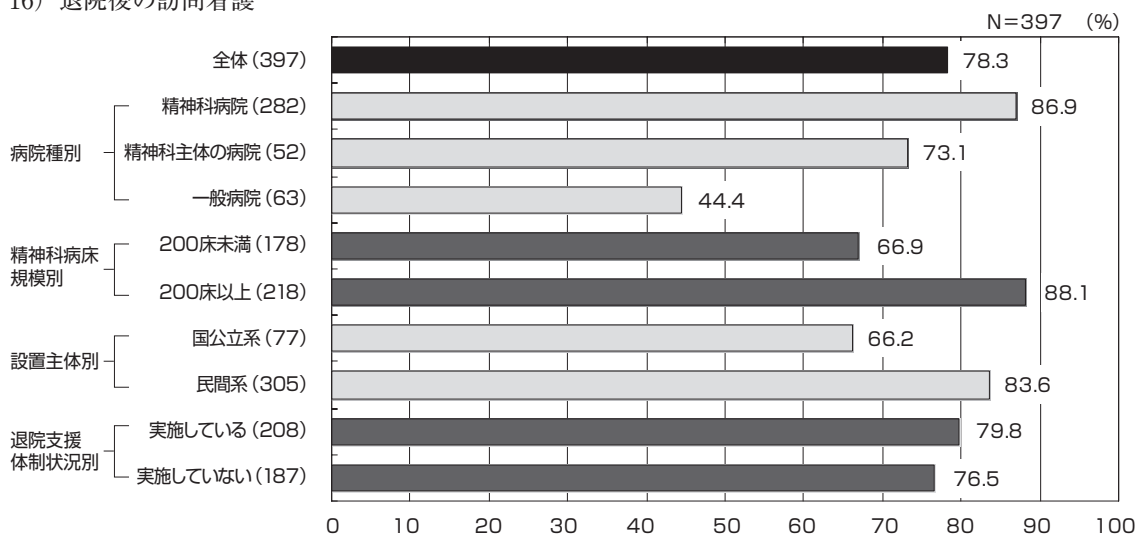


図92 「退院後の訪問看護」の実施状況

「退院後の訪問看護」を実施している医療機関の割合は78.3%である。

病院種別では“精神科病院”及び“精神科主体の病院”、精神科病床規模別では“200床以上”、設置主体別では“民間系”で実施率が高い(図92)。

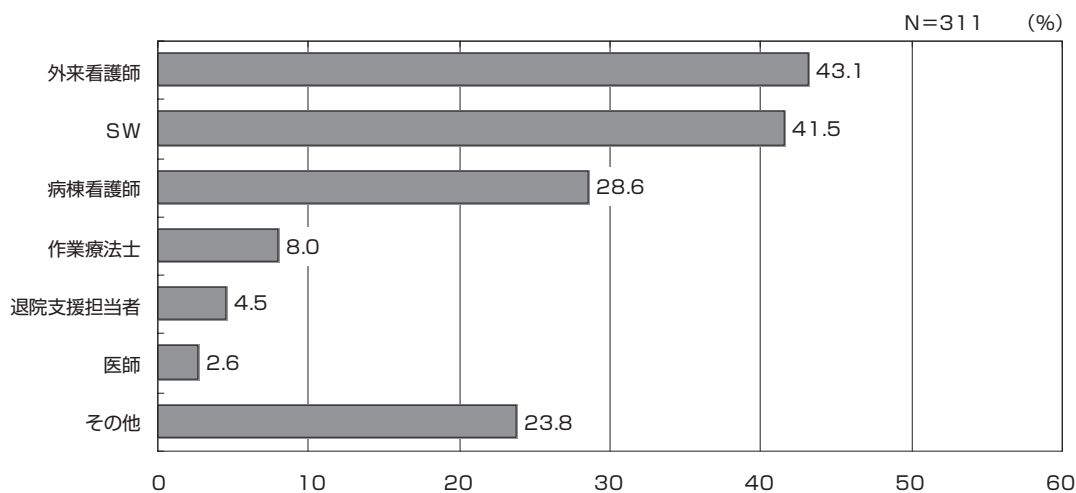


図93 「退院後の訪問看護」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「外来看護師」「SW」がともに40%以上で高く、これに「病棟看護師」が28.6%で続いている。

また、その他の中では「訪問看護師」が多く挙げられている(図93)。

17) 退院後の相談活動

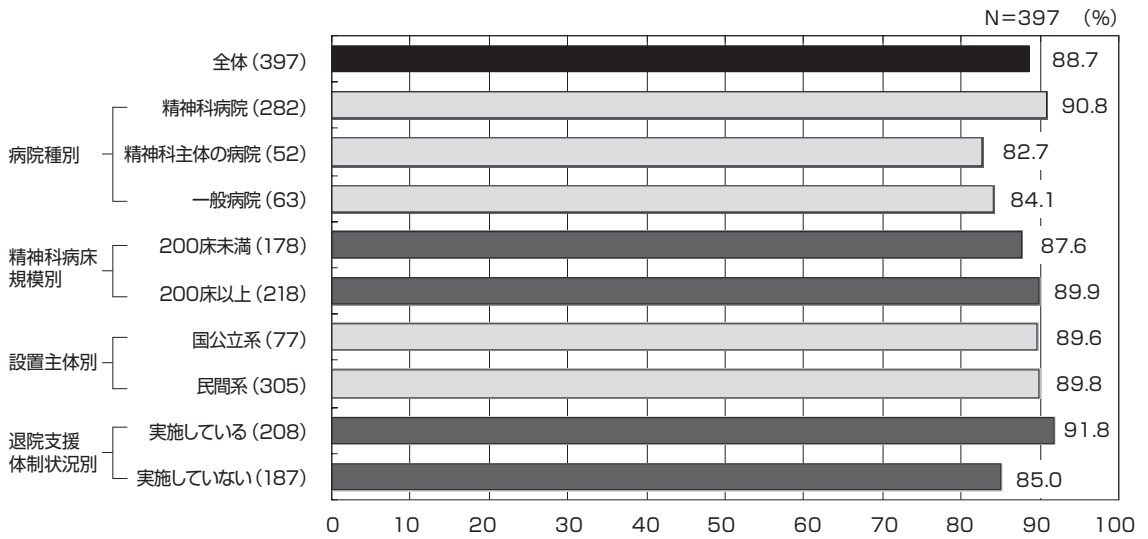


図94 「退院後の相談活動」の実施状況

「退院後の相談活動」を実施している医療機関の割合は88.7%である。

退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図94）。

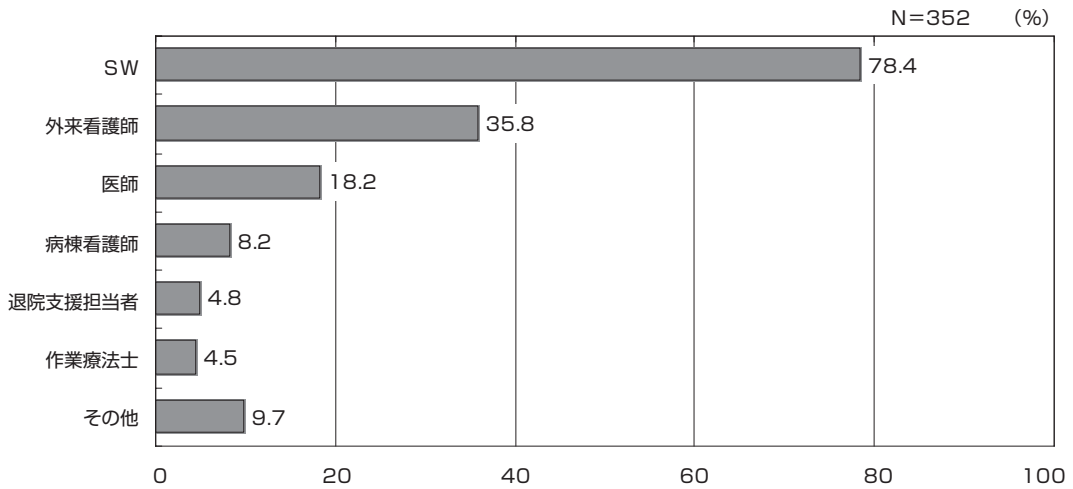


図95 「退院後の相談活動」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「SW」が78.4%で最も高く、「外来看護師」（35.8%）を大きく上回っている。

また、その他の中では「訪問看護師」が多く挙げられている（図95）。

## 18) スタッフに対する退院支援についての教育

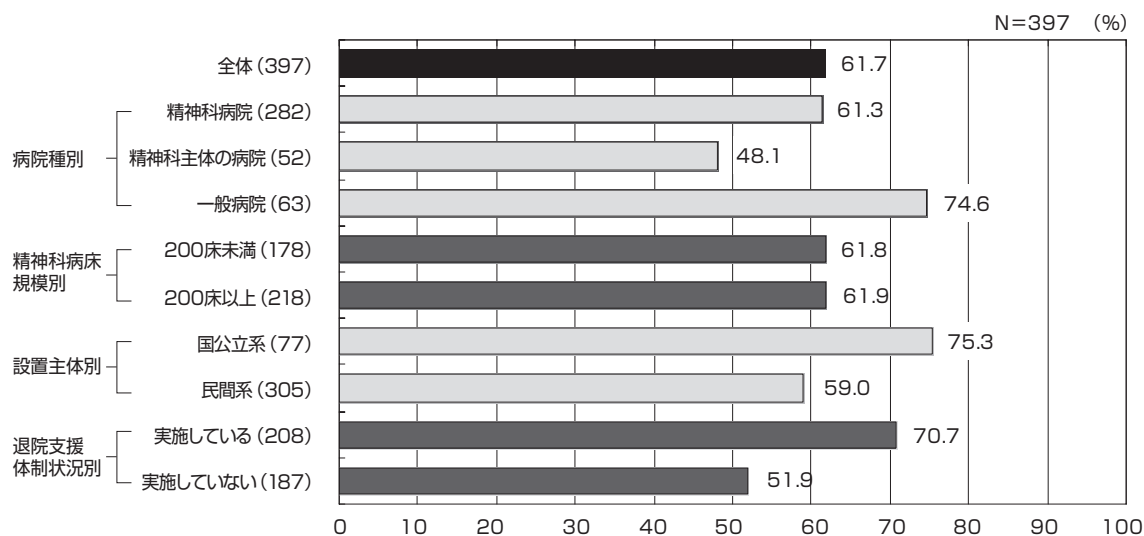


図96 「スタッフに対する退院支援についての教育」の実施状況

「スタッフに対する退院支援についての教育」を実施している医療機関の割合は61.7%である。

病院種別では“一般病院”、設置主体別では“国公立系”、退院支援体制状況別では“実施している”医療機関で実施率が高い（図96）。

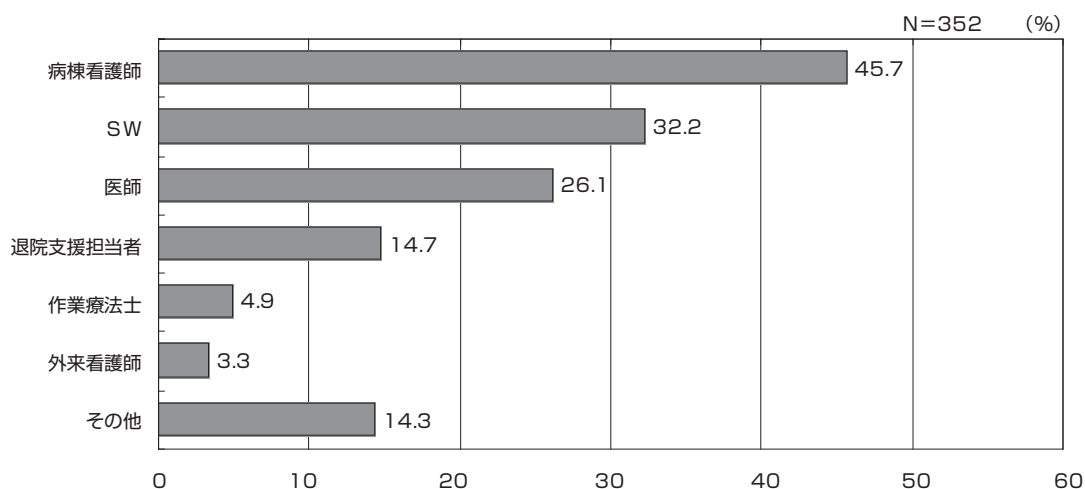


図97 「スタッフに対する退院支援についての教育」の主な実施者

主な実施者について調査したところ、「病棟看護師」が45.7%で最も高く、これに「SW」が32.2%、「医師」が26.1%が続いている（図97）。

## 9. 実施している退院前後の精神科治療プログラム

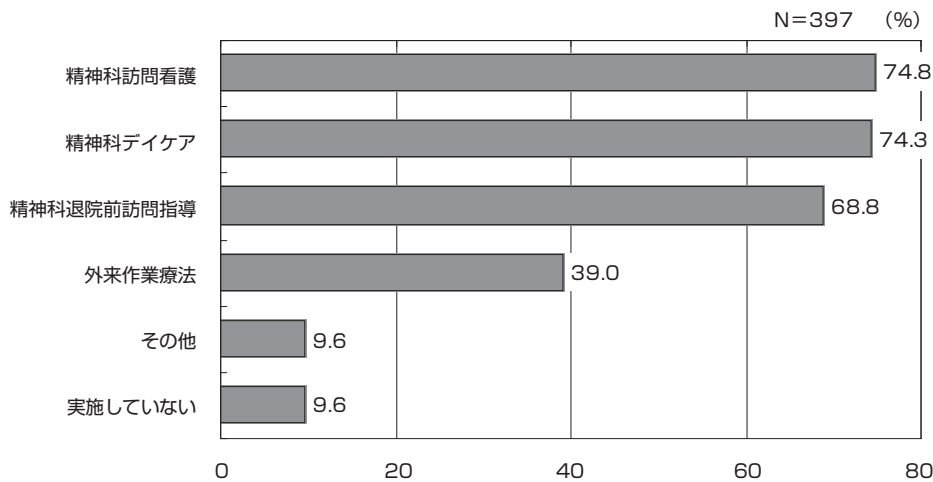


図98 実施している退院前後の精神科治療プログラム

『実施している退院前後の精神科治療プログラム』について調査したところ、「精神科訪問看護」「精神科デイケア」を挙げた医療機関の割合がともに75%近くに及び、これに「精神科退院前訪問指導」が68.8%、「外来作業療法」が39.0%で続いている。

一方、「実施していない」医療機関の割合は、10%に満たない（図98）。

表2 実施している退院前後の精神科治療プログラム

	精神科訪問看護	精神科デイケア	外来作業療法	精神科退院前訪問指導	その他	実施していない
<b>病院種別</b>						
精神科病院 (282)	83.0	82.3	43.6	74.8	9.9	3.9
精神科主体の病院 (52)	73.1	63.5	30.8	75.0	5.8	9.6
一般病院 (63)	39.7	47.6	25.4	36.5	11.1	34.9
<b>精神科病床規模別</b>						
200床未満 (178)	63.5	61.8	33.1	56.2	9.0	18.0
200床以上 (218)	83.9	84.4	44.0	78.9	10.1	2.8
<b>設置主体別</b>						
国公立系 (77)	61.0	59.7	35.1	58.4	10.4	20.8
民間系 (305)	80.3	79.3	41.0	73.1	8.9	5.2

病院種別にみると、いずれの精神科治療プログラムとも“一般病院”に比べて“精神科病院”“精神科主体の病院”で実施している医療機関の割合が高い。

精神科病床規模別にみると、いずれの精神科治療プログラムとも“200床未満”に比べて“200床以上”で実施している医療機関の割合が高い。

設置主体別にみると、いずれの精神科治療プログラムとも“国公立系”に比べて“民間系”で実施している医療機関の割合が高い（表2）。

## 10. 院外関係者等を交えた退院支援に関するケア会議

### 1) 院外関係者等を交えた退院支援に関するケア会議の開催状況

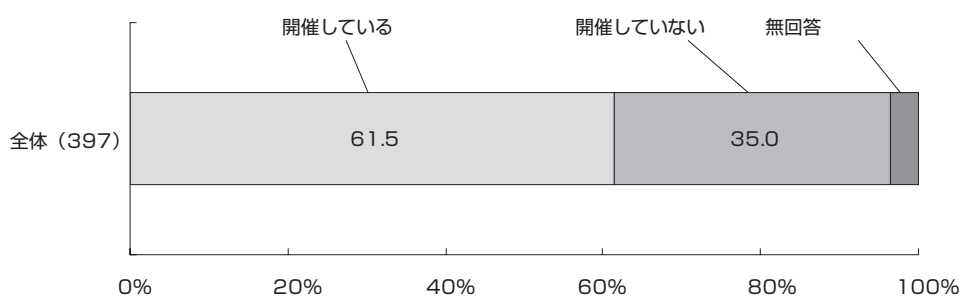


図99 院外関係者等を交えたケア会議の開催状況

院外関係者等を交えた退院支援に関するケア会議の開催状況について調査したところ、「開催している」と回答した医療機関の割合は61.5%である。

必要に応じて、積極的に地域との連携をとろうとしている病院が少なくないことがわかる（図99）。

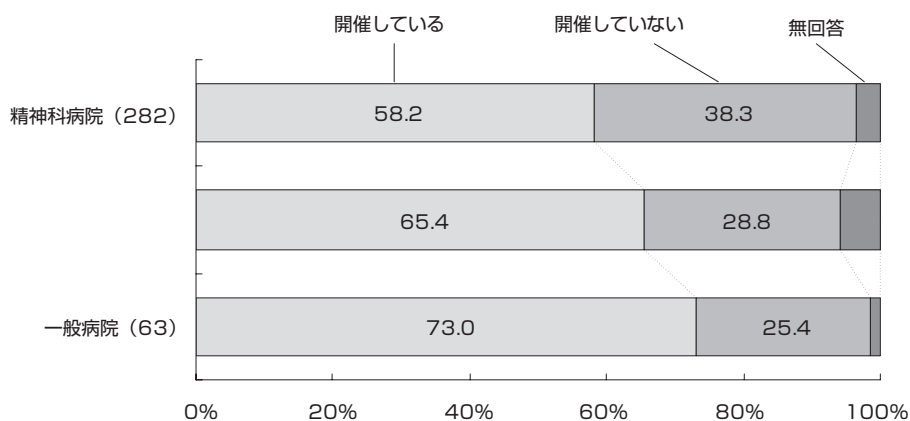


図100 院外関係者等を交えたケア会議の開催状況（病院種別）

病院種別にみると、「開催している」医療機関は、“一般病院”で高い（図100）。

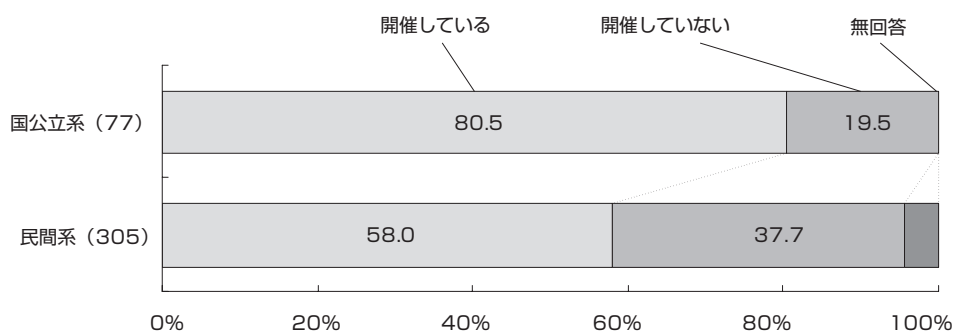


図101 院外関係者等を交えたケア会議の開催状況（設置主体別）

設置主体別にみると、「開催している」医療機関は、“国公立系”で高くなっている（図101）。

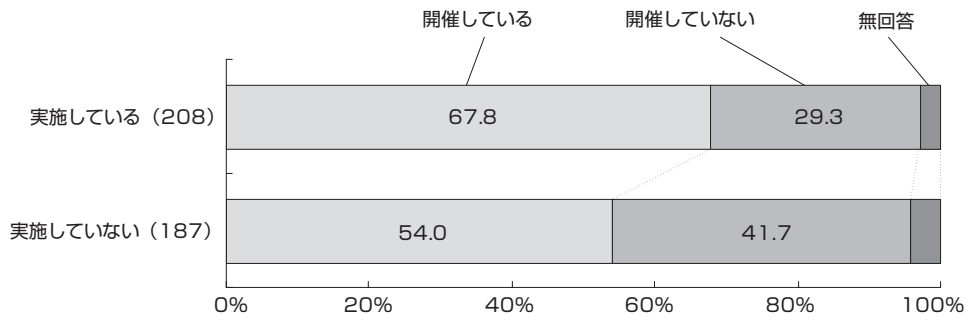


図102 院外関係者等を交えたケア会議の開催状況（退院支援体制状況別）

退院支援体制状況別にみると、「開催している」医療機関は、退院支援体制を“実施している”医療機関で高い（図102）。

2) 患者本人の参加状況

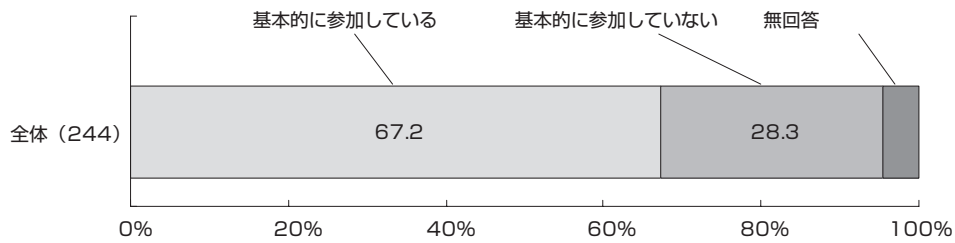


図103 ケア会議への患者本人の参加状況

退院支援に関するケア会議への患者本人の参加状況について調査したところ、「基本的に参加している」と回答した医療機関の割合は67.2%である（図103）。

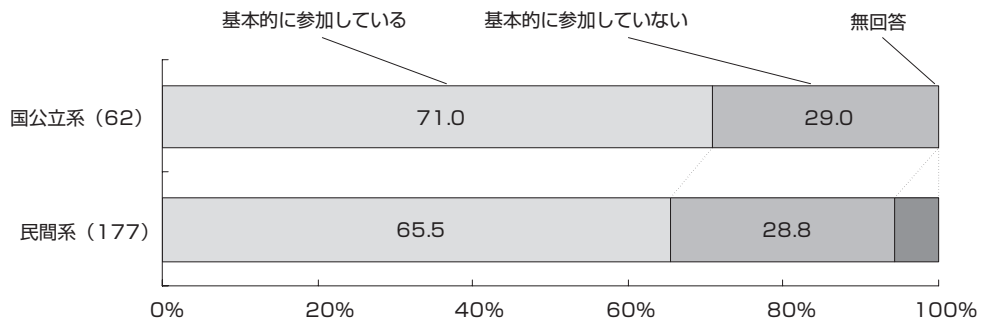


図104 ケア会議への患者本人の参加状況（設置主体別）

設置主体別にみると、患者本人が「基本的に参加している」医療機関は、“国公立系”で高い（図104）。

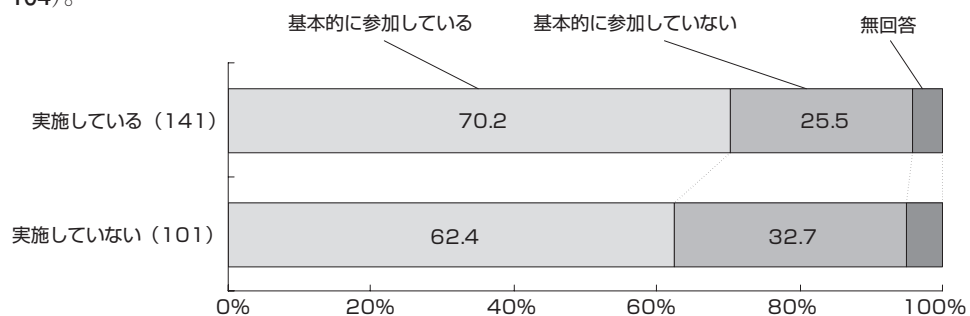


図105 ケア会議への患者本人の参加状況（退院支援体制状況別）

退院支援体制状況別にみると、患者本人が「基本的に参加している」医療機関は、退院支援体制を“実施している”医療機関で高い（図105）。

### 3) 家族の参加状況

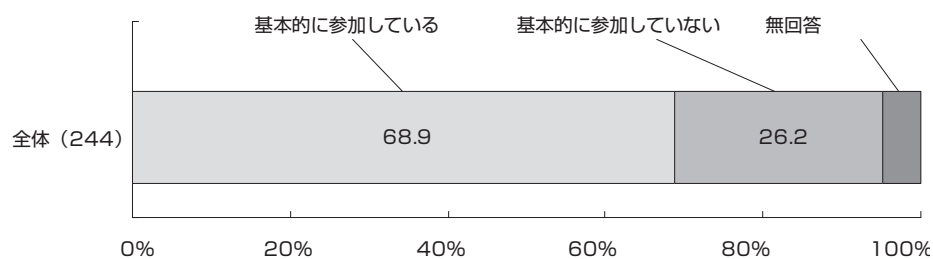


図106 ケア会議への家族の参加状況

退院支援に関するケア会議への家族の参加状況について調査したところ、「基本的に参加している」と回答した医療機関の割合は68.9%である（図106）。

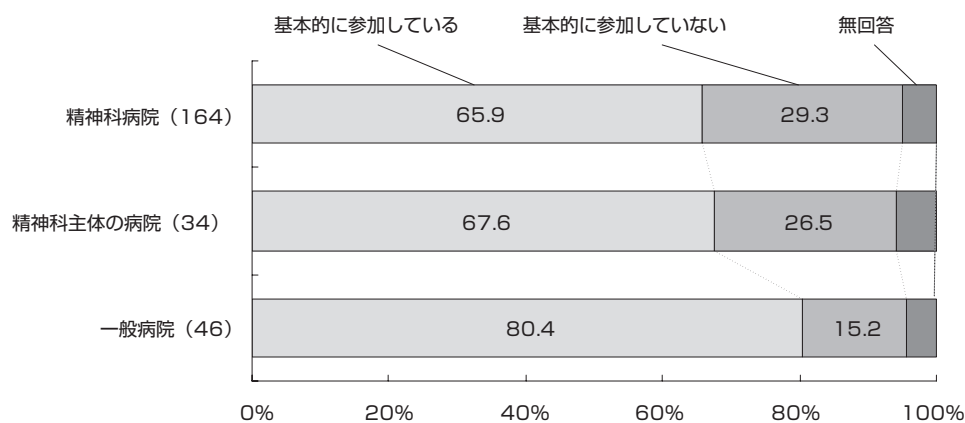


図107 ケア会議への家族の参加状況（病院種別）

病院種別にみると、家族が「基本的に参加している」医療機関は、“一般病院”で高い（図107）。

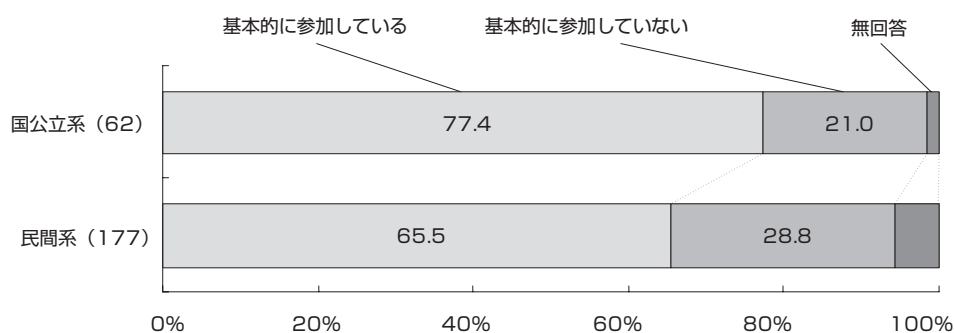


図108 ケア会議への家族の参加状況（設置主体別）

設置主体別にみると、家族が「基本的に参加している」ところは、“国公立系”で高い（図108）。



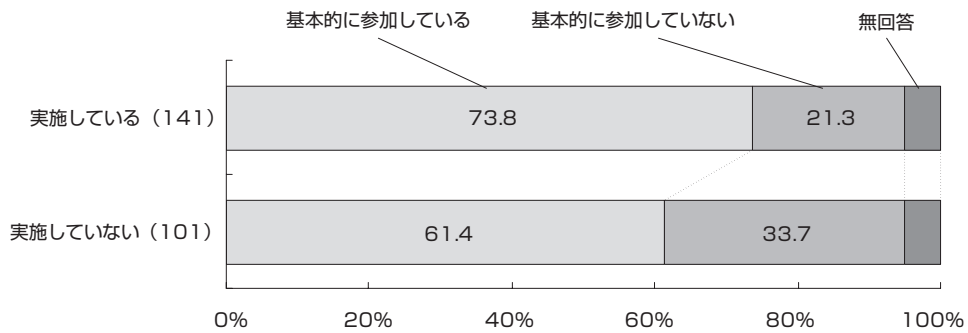


図109 ケア会議への家族の参加状況 (退院支援体制状況別)

退院支援体制状況別にみると、家族が「基本的に参加している」医療機関は、退院支援体制を“実施している”医療機関で高い (図109)。

4) 医師・看護師以外のスタッフの参加状況

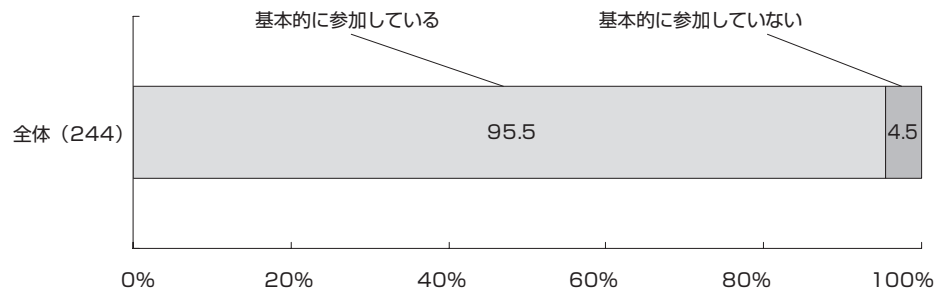


図110 ケア会議への医師・看護師以外のスタッフの参加状況

退院支援に関するケア会議への医師・看護師以外のスタッフの参加状況について調査したところ、「基本的に参加している」と回答した医療機関の割合は95.5%である。

精神科におけるチーム医療の定着は進んでいると評価することができる (図110)。

5) 院外の関係者

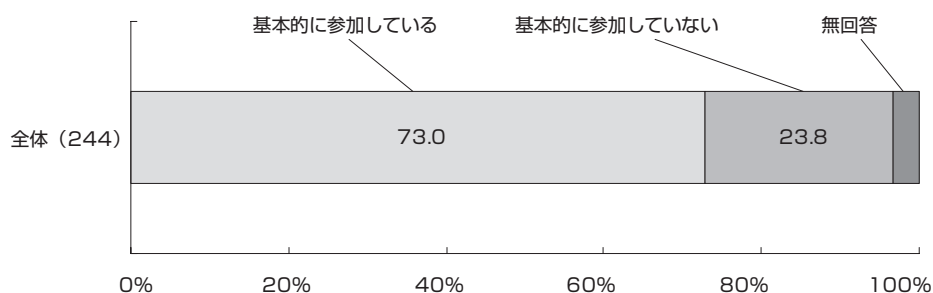


図111 ケア会議への院外の関係者の参加状況

退院支援に関するケア会議への院外の関係者の参加状況について調査したところ、「基本的に参加している」と回答した医療機関の割合は73.0%である。

最近、退院に向けたケア会議に、患者が入所する居住系サービス事業所や作業所等の職員に参加してもらい、退院後の環境を整えることが定着してきているといえる (図111)。

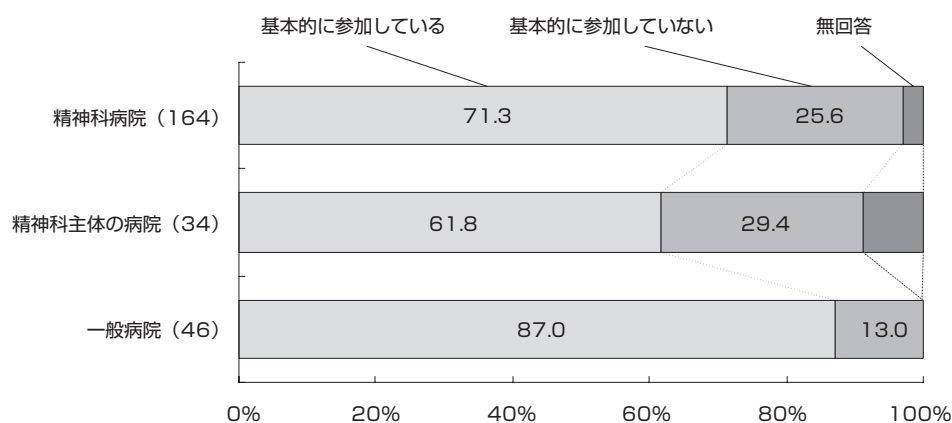


図112 ケア会議への院外の関係者の参加状況（病院種別）

病院種別にみると、院外の関係者が「基本的に参加している」医療機関は、“一般病院”で高い（図112）。

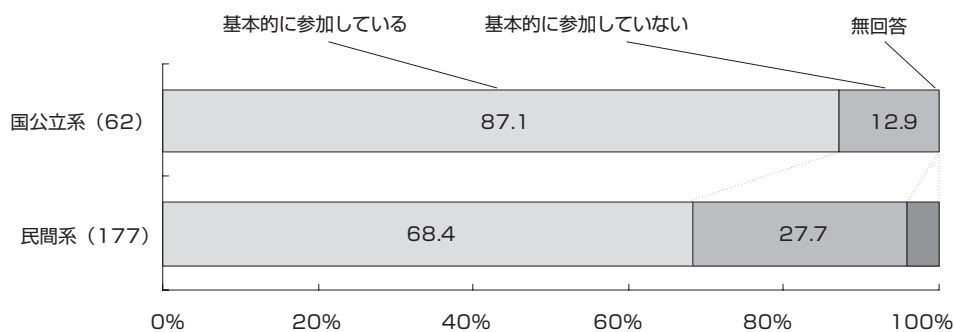


図113 ケア会議への院外の関係者の参加状況（設置主体別）

設置主体別にみると、院外の関係者が「基本的に参加している」医療機関は、“国公立系”で高い（図113）。

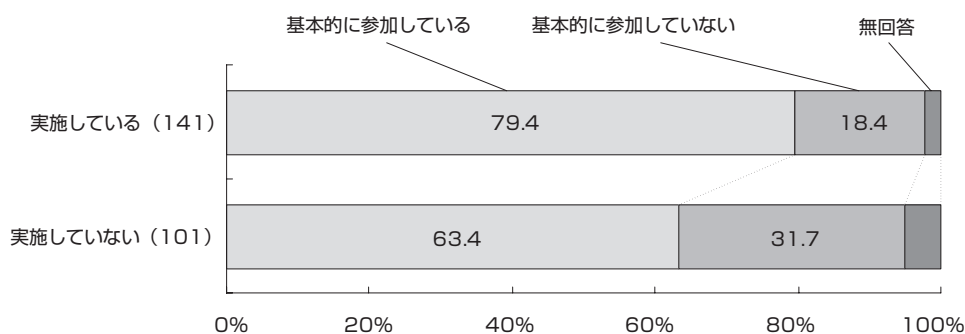


図114 ケア会議への院外の関係者の参加状況（退院支援体制状況別）

退院支援体制状況別にみると、院外の関係者が「基本的に参加している」医療機関は、退院支援体制を“実施している”医療機関で高い（図114）。

## 11. 自由意見

### 1) 退院支援に向けた方策や取り組み

- 当院では月1回のセンター連絡会を開催している。メンバーは行政、社会復帰施設長、地域の作業所、クリニックの医師、病院のスタッフであり、退院促進に挙げた患者のカンファレンスの流れや計画を検討している。NPO法人のグループホームも看護で立ち上げ、色々な疾患の患者が入所している。社会復帰施設も必要であるが、自立支援法が適応されない患者の居場所を増やすべきである。
- 退院支援といっても、個別に対象者を選定して支援するだけではなく、もっと広い視点で地域との連携や長期入院者の外出体験などを中心に取り組み始めた段階である。35年間の入院者が退院した。
  - ① 地域の受け皿を確かなものにする。働くところ、日中安心して活動できるところを充実させる。
  - ② 救急医療体制を整備する。民家依存を少なくする。
- 今まで、社会復帰委員会を中心に各病棟スタッフが自部署からの退院者を選出し、退院させる活動を行ってきたが、長期療養病棟は、病状的に無理な状況である。今後は、入院、在宅、広い視野と社会資源の知識をもった専任のスタッフを中心に動いた方が効果的になると思う。
- 各病棟にマネジメントを行える看護師を多くしていきたい。今のところ、管理者主導で行っているのが実情である。チーム医療が根付いてきたため、手法が共有化されてきた。
- 退院促進に向け、大阪退院促進事業強化検討会に参加し、院内での勉強会を行い、退院促進を積極的に行っていきたい。
- 入院中から、地域の支援者と患者、受持ち看護師と一緒に退院計画を立て、問題点、課題ばかりではなく、夢や希望の実現も含めて考えていくことが重要である。
- 多くの方が、一緒に行うシステムの構築が大切である。当事者の活用も、長期入院患者のエンパワメントを高めるのに効果的である。
- チームとして、専門分野に応じた働きかけが必要。患者教育、家族教育、受け皿、服薬のアドヒアランスなど課題も多いと思うが、一つだけ良ければ退院につながるということは稀である。
- 当院には幸いにして長期入院患者はいないが、短期入院でも地域の中で持てる力を発揮して生きていけるよう地域との連携を図っていきたい。
- 退院促進については、病棟の看護師がコーディネーター的役割を果たすことが大切だと思う。
- 長期入院を予防するためにも、入院時より家族としっかりコンタクトをとり、精神症状が落ち着いたら早めに退院してもらう。再発を予防するための教育、サポートの充実が必要である。
- 関係者がケア会議に参加していることになっているが、病棟内に配置しているため、個々の病棟での退院支援ケア会議であって、病棟を超えた社会復帰部との関係が希薄である。核となる部署やリーダーが必要である。
- 退院促進に向けて、住宅の支援、地域との連携、職業リハビリ、就労支援と雇用支援、居宅療養支援が必要である。
- 退院支援に向けて大切なことは、患者と共に歩き、力を信じることである。患者と家族とスタッフが手を取り合い、互いにパートナーであることを意識でき、互いの役割を持ちながらそれぞれの夢や目的に向けて進むことが大切である。
- 委員会を発足したことで、確実に退院が促進された。
- 長期入院患者が多いため、今後の生活の場を支援することで、社会生活技能を向上することができると考えている。地域と連携をとりながら、退院促進事業を進めていきたい。
- 退院後のフォローアップ体制の充実や退院前の地域生活移行に向けた準備のための支援が必要である。また、何らかの退院阻害要因があり、本人へのアプローチが重要である。但し病棟単位での取り

組みであり、専門部署を立ち上げるにはマンパワーが足りない。

- 長期入院患者の多くが退院し、短期入院となった。患者が望めば、一人暮らしに向けて積極的に関わり、地域ぐるみで支援できる体制になってきている。支援がうまくいくと、再発防止になることを実感している。
  - 当院では、社会復帰施設が機能分化されており、病院→施設→地域といった段階的に長期入院者を地域に向けて支援している。各部署のリハビリを充実させることが、地域生活に向けてより効果的であると実感している。
  - 地域と行政による体制づくりが必要である。
  - 公的にサポート体制を整備して欲しい。
  - 入院が長期化している患者自身の問題や課題をご本人と共に評価し、「患者や家族が自分の人生として前進するために、私たちは協力するのです」という姿勢を共有できれば、スタッフにも家族にも実現の喜びがあると思う。
  - 退院促進を図り、症状が改善されれば社会復帰が出来る体制づくりが重要である。
  - 地域生活を24時間体制で支援できれば、ほとんどの患者が退院できると思うが、かなりの労力、意欲、財力を要する。
- 2) 退院支援に向けた障害
- (1) 社会資源の問題
- 社会的入院患者の退院に関して、退院後の住居が問題となることが多い。行政で整備する、あるいはグループホーム等の施設に補助金をつけるなどの経済的な支援がないと運営が難しく、退院促進につながらない。
  - 何十年も病院で過ごし、家族からも見放された患者を、自立の道へ向かわせるのは大変である。薬や金銭の管理のみではなく、日常生活にサポートが必要である。受け皿が沢山あれば良いが、なかなか見つからない。精神科の高齢の方々が安心して暮らせる施設があれば良い。
  - 受け入れ先が多ければ患者に積極的に働きかけることができる。しかし、現状では受け皿が少なく、患者の不安を招き、混乱している。
  - 社会的入院患者の行き先がなくて困っている。院内の「施設化」も検討されているようだが、運用について具体的なことがわかれば情報を提供してほしい。
  - 社会復帰促進は、当院の理念に掲げられており、家族教育は、他職種、患者、家族参加型で行われている。在院日数が示す通り、精神障がい者の退院には、家族の理解、地域の方々の支援、経済面など困難なことが多い。特に就労については、受け入れてくれる会社が少なく、デイケア作業所が限界である。
  - サポート体制があり、最大課題である住居の確保ができれば退院促進を図れる。スタッフのスキル向上につながる。
  - 退院促進を進めるためには、社会的入院患者の後方施設を増設する必要がある。
  - 長期入院患者は、両親が高齢となり、在宅治療が困難となっているケースが多い。病院の近くのアパート等への独居生活を通院・訪問看護・デイケア等で支えているが、行政側によるアパート入居支援や社会復帰施設を増設が早急に望まれる。
  - 地域の就労支援活動が、あまり行われていない。もっと多くの就労支援専門施設が必要だと思う。
  - 退院支援活動を行いたい、地域での受け皿が不足している。
  - 地域医療機関とのネットワークを構築し、安心して患者さんを任せられる社会資源とつながっていることが重要である。
  - 長期入院患者が多いため、社会資源もそれぞれの患者に合った段階的なものが必要である。その面

での施策が不足している。

- 長期の社会的入院患者に対して、退院を目指してかかわっているが、中間施設がないため、自宅の受け入れが無い方の行き先がなくて困っている。中間施設の増設が必要である。
- 受け入れ施設側は、こういった対象の方を受け入れるかを外部に向けて知らせたい。
- 入院患者が退院できるグループホームの増設と、高齢の患者が退院できる老人ホームの増設を希望する。退院後、生活で困ったときの相談・対応がタイムリーにできるシステムがあると良い。
- 退院促進は、病院だけでは限界があるので、院外での協力機関を増やして欲しい。また、住居確保、日中活動の場が広がれば、選択肢が増えて良いと思う。

#### (1) 地域の問題

- 退院支援に関して、病院全体での動きが必要と感じる中で、地域生活移行のため、地域住民の理解・協力に向けた活動を強化できればと考える。
- 地域の理解と協力、家族の熱心さが大切である。
- 退院支援は必要であり、大切なことであるが、退院後の支援体制に問題がある。地域のあり方、家族のあり方、本人も依存性が強いなど問題が多く、ただ退院促進を進めるだけでは、せっかく退院しても再度入院することになる。
- 併設施設がなく、地域との連携の必要性を強く感じる。
- 過疎地域のためか社会復帰施設が少なく、地域における障がい者への偏見も根強く、地域に戻るための障害が多い。
- 医療と福祉、地域の協力作業による生活支援が必要だと思う。
- 退院促進には賛成であるが、地域の理解が薄く、否定的であることが多い。精神障がい者=犯罪者という意識の改革がもっと必要である。大半が病気を隠して就職しており、精神的な負担が大きいことも問題である。
- 退院促進は、受け皿がどれだけ整っているかということがとても大切に思うが、地域住民の理解、社会資源、地理条件など未整備のところが多く、退院促進ばかり先行しているようになってはいけないというジレンマもある。

#### (3) 家族の問題

- 家族の協力が必要不可欠であるが、なかなか得られない。また、退院後の受け入れ場が少ない。入院が長期化している患者のゆれが多くみられるが、不安解消で落ち着く場合が多い。
- 家族の受け入れ体制が整っている場合は、退院促進を支援するが、長期入院患者は、受け入れ家族が親から兄弟に代替わりしており、なかなか進みにくい。
- 退院促進において、ソーシャルワーカーが大きな役割を担ってくれている。退院してほしくても、家族や地域とのかかわりが希薄であり、うまくいかない。まずは、退院支援カンファレンスを開催したい。
- 社会的入院が増加している。在宅や他施設への退院は非常に難しく、特に高齢者に対する家族の理解度が低い。精神科の入院歴があれば、どうしてもその点が問題視される。
- 両親がいない人は、退院促進が難しい。長期入院の人は、家族の受け入れが困難である。田舎では、精神病患者に偏見がある。
- 退院にあたり、地域の受け入れ、家族の受け入れのタイミングがとても大切である。入院時は一生懸命であるが、退院となると積極的でなくなる。
- 長期入院患者の退院を進めるためには、家族へのサポート体制が必要である。家族にもカンファレンスに参加してもらいたいが、現実には難しい。
- 退院後、家族との同居が難しい。結局の所、病院が一番安定できる居場所となる。

#### (4) 患者の状態の問題

- 患者の高齢化が進み、施設などへの移動が増加している。その中で、何とか地域で生活しても、破綻して再度医療中心となることが多く、訪問看護やリハビリなどで支援しても、なかなか安定しない。
- 新規の入院患者の退院促進はスムーズにいくが、入院日数が長期化している患者の促進は困難が多い。
- 短期入院や若い世代の入院者は、在院日数が短し、受け入れ先もしっかりと確保されている。しかし、高齢で入院期間が長い患者は、全ての条件が満たされないため、退院促進につながらない。単身者の高齢患者が、合併症の手術のために入院するとなると、その病院が全て動かなければならない状態であり、前途は暗い。
- 30年前から退院支援に取り組んできているが、長期慢性の症状の方が残り、高齢化が進み、受け入れ施設に入れない場合が多い。当院の援護寮グループにも一般的な開放病棟レベルの方が入所しており、その人達にも高齢化の問題がある。
- 長期入院患者は、高齢から要介護状態となっているため、退院は困難である。また、福祉施設への紹介なども、家族の高齢化や協力が得られないなどの理由から、話が進まない。最期の看取りを行う病院も必要である。
- 長期入院患者で、経済的な問題から社会での生活が困難な人、保証人の問題でアパートを借りることが困難な単身患者などはなかなか退院できない。

#### (5) 行政の問題

- 退院促進事業の現況は、行政サイドでの立ち後れがみられる。今年度よりモデル事業が開始されたが、現実には各病院にお任せの状況である。また、長期入院患者に対する支援にも問題があり、慎重な対応が必要である。グループホームなどを設置しているが、行政的な支援が少なく、運営上の制約も多いことで苦慮している。退院者の住・食及び経済的支援を明確にし、受け皿を広く準備することが先決である。
- 市町村によって受け入れに差がある。自立体験事業の準備が整っていない市町村がある。
- 市町村の理解が無いと難しい。

#### (6) 制度や体制の問題

- 社会復帰に向けた取り組みにはマンパワーが必要であり、診療報酬上での評価がされないと取り組みも手薄になる。
- 長期入院患者で生活スキルが低い方が、地域で生活することができる支援体制の充実が望まれる。
- 精神科医療、保健、福祉の今の現状の中で、退院支援をゆっくりと丁寧に患者本人のペースでサポートするには限界がある。医療制度では、急性期や退院支援に関して一見厚く分配されているかに見えるが、実際は患者との関係が緊密な看護師が臨床現場で余裕がない状態で働いている。広い意味で7:1基準看護を見直さない限り、この状況は変わらないと思う。
- 国は、受け皿をきちんと作り、退院支援を行っているところに評価を与えるなど、お金をかけるべき所にはかけてほしいと思う。
- ここ2年の間に、退院できる患者のほとんどがグループホームや共同住宅、自宅に退院した。今後、地域での支援がかなり必要な患者を、どのように退院に結びつけるかが問題と感じている。それだけのエネルギーがいるのに、点数化されていないため、人を配置できないし、独立した退院支援室の運営も困難である。
- 患者が安心して地域で生活できるような支援体制が必要である。生活支援サービスの整備に早急に取り組んで欲しい。
- 家族がいない方の保障制度がないので、退院困難例が多い。

## (7) 医療期間の経営者やスタッフの意識の問題

- 今は、患者が社会へ出ても、訪問看護、ヘルパー派遣など社会資源も多く、退院しやすい社会になってきた。ただ、退院促進について、病院によって方針や考え方がまちまちであり、看護師の思いだけでは進められない面がある。
- 受持ち看護師の一人ひとりが、退院に対する意識を高めていくことが大切である。
- 病院の経営者は、退院促進に前向きではない。時代の流れと現場にギャップがある。
- 退院促進について、病院全体の取り組みとして専門組織を作り、各病棟に指導できれば良いと思う。言葉だけで退院を促進するようにとりハビリ病棟の課題にされたが、職員の温度差があり、また、医師一人ひとりの考え方、意識にも差がある。
- 退院支援に取り組んできたが、社会資源の知識が乏しく、壁にぶつかっている。PSW と摩擦が生じ、院長の方向付けが無い状態で進めても良いかどうか迷っている。
- 長期入院患者の病棟での生活を見ていると、退院は無理と思うことが多いが、実際に地域の方々と交流会などを行ってみると、本人から退院したいとの声が聞かれたりする。無理と諦めているのは看護者であり、看護者の意識改革が先決である。
- 退院促進に向け、日常のケアの入り方がとても重要である。入院することにより、目が届く分、手を出してしまい、ADL が更に低下していく現状がある。スタッフの教育と共に、意識の改革が必要である。
- 退院促進についての積極的な取り組み意識が病院として希薄である。
- 病院経営者が、患者よりも経営を優先させた医療を行っており、退院促進に積極的ではない。

## (8) 医療機関の経営上の問題

- 精神科病院においては経営的にかなり厳しい状況にあり、長期入院患者の退院支援が重要であることは認識して取り組んでいるが、地域の受け入れの問題等からなかなか進まない。
- 退院促進が順調に進むと、病院が倒産する。それも仕方がない。退院の受け皿が少ないのに、退院促進する必要があるのか。最近では、退院できる方はどんどん退院している。退院できない方のお陰で精神病院が存続していると思う。
- 病院の方針として退院促進に消極的なため、看護部、医療相談室ではケースに応じて対応している。消極的な背景は、経営の問題である。

## (9) 医療機関のマンパワーの問題

- 長期入院患者のほとんどが退院後訪問活動の対象となっている。当院は、PSW、OT スタッフとは別枠で訪問看護師 2 名が専任であり、月平均 70 件以上実施している。マンパワー不足を常に感じている。
- 退院促進において、看護職の果たす役割は大きいと考えるが、人的配置をできないのが現状である。
- 退院促進への意識は十分であるが、スタッフ不足である。部門の確立など、多くの課題がある。
- スタッフが、地域連携や社会資源の知識や流れを勉強していくことが大切である。

## 退院支援活動に関するアンケート

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は当協会の活動に格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、近年、退院促進に積極的に取り組む精神科病院が増えてきましたが、病院の役割としては患者が退院するまでを担当し、その後は地域福祉にバトンタッチするという方法が主流でした。しかし、まだまだ地域のサービスが需要に対応できていない現状や、疾患と障害を併せもつという精神障害者の特性に対して十分に即応できていない現状がみられています。精神障害者が退院の意志を持ち、地域生活に移行し定着するためには医療と福祉サービスがミックスしたサービス体制を構築しなくてはなりません。

そこで、精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントによる支援事業、退院支援から地域生活定着まで継続する生活支援サービスの実践されているモデルに関して調査することで、地域生活移行期の短縮、再発時における医療提供の機動力の確保、地域生活の再開促進の方策について提言したいと考えております。

上記趣旨をご理解いただき、当該アンケートにご回答いただくようお願い申し上げます。

この調査は平成19年11月末日を基準日とし、質問項目にしたがって、基準日当日の実数と直近1ヶ月間の実数をご記入下さい。また、ご記入は、精神科所属の退院支援活動のご担当の方、または精神科看護部管理者の方をお願い申し上げます。

何卒、当会上記活動の趣旨をご理解いただき、ご協力の程宜しくようお願い申し上げます。

社団法人 日本精神科看護技術協会

### 〔ご記入にあたって〕

- 1 ご記入は、退院支援活動のご担当の方（責任者）、または看護部管理者の方をお願い致します。
- 2 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用いるだけです。記入者の情報は守られません。また、お答えになりたくないことは、無理に答えなくても構いません。
- 3 ご記入は、黒色または青色のボールペンなどをご使用下さい。
- 4 ご回答は、あてはまる答えの番号を○印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
- 5 お答えの内容によっては、お答え頂かなくてもよい設問もあります。調査票の指示に従ってお進みいただき、特に指示がない場合は、そのまま次の設問にお進み下さい。
- 6 お答えが「その他」の場合は、その番号に○印をつけて指定の欄に具体的内容をお書き下さい。
- 7 ご記入いただいたアンケート票は、12月21日（金）までに同封の返信用封筒でご返送下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

社団法人 日本精神科看護技術協会 電話 03-3667-8661

FAX 03-3667-8662

(担当：仲野)



問1 貴病院の所在地（都道府県名）を記入して下さい。（○印はひとつ）

1. 北海道	2. 青森県	3. 岩手県	4. 秋田県	5. 山形県	6. 宮城県
7. 福島県	8. 茨城県	9. 栃木県	10. 群馬県	11. 埼玉県	12. 千葉県
13. 東京都	14. 神奈川県	15. 新潟県	16. 長野県	17. 山梨県	18. 富山県
19. 石川県	20. 岐阜県	21. 静岡県	22. 愛知県	23. 三重県	24. 滋賀県
25. 京都府	26. 大阪府	27. 兵庫県	28. 奈良県	29. 和歌山県	30. 福井県
31. 鳥取県	32. 島根県	33. 岡山県	34. 広島県	35. 山口県	36. 徳島県
37. 香川県	38. 愛媛県	39. 高知県	40. 福岡県	41. 佐賀県	42. 長崎県
43. 熊本県	44. 大分県	45. 宮崎県	46. 鹿児島県	47. 沖縄県	

問2 貴病院の病院種別をお聞かせ下さい。（○印はひとつ）

1. 精神科病院（単科）	2. 精神科を主とする病院（複数科）
3. 一般病院（総合・複数科。大学病院を含む）	4. その他（ ）

問3 貴病院の病院全体の病床数と精神科病床数（再掲）をご記入下さい。

病院全体の病床数					床
精神科病床数（再掲）					床

問4 貴病院にある精神科病棟の該当する番号に○印を付けて下さい。（○印はいくつでも）また、設置している病棟数と各病棟の合計病床数を記入して下さい。

病棟名	病棟数	病床数 <sup>※</sup>
1. 精神科救急病棟		
2. 精神科急性期治療病棟		
3. 精神療養病棟		
4. 老人性痴呆疾患治療病棟		
5. 精神一般病棟		
6. その他の病棟		
合計		

※稼動していない病床も含まれます。

問5 貴病院の設置主体をお聞かせ下さい。（○印はひとつ）

1. 国（厚生労働省・文部科学省・労働福祉事業団・その他）	
2. 独立行政法人（国立大学法人を除く）	3. 国立大学法人
4. 公的機関（都道府県・市町村・日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国民健康保険団体連合会）	
5. 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合可意・厚生年金事業振興団・船員保険会・健康保険組合及びその他の連合会・共済組合及びその連合会・国民健康保険組合）	
6. 公益法人（財団法人・社団法人・社会福祉法人）	7. 医療法人
	8. 学校法人
9. 医師会立	10. 会社
	11. その他の法人
	12. 個人

問6 下記に貴病院と併設している施設があればお聞かせ下さい。(○印はいくつでも)

- |                     |               |          |        |
|---------------------|---------------|----------|--------|
| 1. 地域活動支援センター       | 2. 援護寮        | 3. 福祉ホーム | 4. 作業所 |
| 5. グループホーム          | 6. 訪問看護ステーション |          |        |
| 7. その他の社会復帰関係施設 ( ) |               |          |        |

問7 直近1ヶ月間の精神科における入院患者数、退院患者数、外来患者数(延べ人数)をお聞かせ下さい。

入院患者数					人
退院患者数					人
外来患者数(延べ人数)					人

問8 精神科病棟における平均在院日数(直近のデータ)をお聞かせ下さい。

平均在院日数					日
--------	--	--	--	--	---

問9 下記に貴病院で実施している退院前後の精神科治療プログラムがあればお聞かせ下さい。(○印はいくつでも)

- |            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 1. 精神科訪問看護 | 2. 精神科デイケア(ナイトケア、ショートケアも含む) |
| 3. 外来作業療法  | 4. 精神科退院前訪問指導               |
| 5. その他 ( ) |                             |

ここからは、貴病院の退院支援体制の状況について伺います。

問10 貴病院における退院支援体制の状況をお聞かせ下さい。(○印はひとつずつ)

1) 退院支援の専門部署を設置	1. 実施している	2. 実施していない
	3. 実施を検討している	
2) 専門部署を設置していないが、退院支援のプロジェクトや委員会を設置	1. 実施している	2. 実施していない
	3. 実施を検討している	
3) 専門部署やプロジェクト等を設置していないが、退院支援の担当者を配置	1. 実施している	2. 実施していない
	3. 実施を検討している	

問10 で実施しているものがある場合は問11以降へ、無ければ問16以降へ進んでください。

問 11 問 10 で実施している退院支援体制の下記内容についてお聞かせ下さい。

名 称			
設置・配置年月	西暦	年	月
責 任 者	職 種	1. 医師            2. 看護師    3. ソーシャルワーカー 4. 作業療法士 5. 事務職員 6. その他 (            )	
	担当状況	1. 専任            2. 兼任	
	役 職	1. 管理職以上    2. 一般職	
責任者以外の構成職員	1. 医師 (            名)                            2. 看護師 (            名) 3. ソーシャルワーカー (            名) 4. 作業療法士 (            名) 5. 事務職員 (            名)                            6. その他 (            名)                            7. いない		

問 12 問 10 で実施している退院支援体制の定例会を行っていますか。(○印はひとつ)  
また、行っている場合は、定例会を主に行う場所と開催頻度をお聞かせ下さい。

1. 行っている                            2. 行っていない	
■定例会を主に行う場所 (○印はひとつ)	1. 病棟            2. ワーカー室            3. 会議室 4. その他 (            )            5. 決まっていない
■定例会の開催頻度 (○印はひとつ)	1. 週1回以上            2. 月2～3回程度            3. 月1回程度            4. 月1回未満

問 13 直近3ヶ月間における退院支援の検討対象となった精神科の患者数は延べ何名ですか。

退院支援検討対象となった精神科患者数					名
--------------------	--	--	--	--	---

問 14 問 10 で実施している退院支援体制は、精神科病棟の入院患者の退院促進に向けてどの程度機能していると思いますか。(○印はひとつ)

1. よく機能している                            2. まあ機能している                            3. どちらともいえない 4. あまり機能していない                            5. 機能していない
---

問 15 貴院では、精神科病棟に『退院支援の担当者』を配置していますか。(○印はひとつ)

1. 配置している	2. 配置していない	3. 配置を検討中である
-----------	------------	--------------



※未配置または検討中の場合は、問 16 へお進み下さい。

付問 1 精神科病棟に配置されている『退院支援の担当者』の下記内容についてお聞かせ下さい。

配置年月	西暦	年	月
担 当 者	職 種	1. 看護師            2. ソーシャルワーカー            3. 作業療法士 4. その他 (            )	
	担当状況	1. 専任のみ            2. 兼任のみ            3. 両方	
	役 職	1. 管理職のみ            2. 一般職のみ            3. 両方	

付問2 『退院支援の担当者』を配置している精神科病棟数をお聞かせ下さい。

退院支援担当者配置病棟数					病棟
--------------	--	--	--	--	----

付問3 通常のカンファレンスとは別に退院支援を目的とした定例会を行っていますか。

(○印はひとつ)

また、行っている場合は、定例会を主に行う場所と開催頻度をお聞かせ下さい。

1. 行っている	2. 行っていない		
■定例会を主に行う場所 (○印はひとつ)			
1. 病棟	2. ワーカー室	3. 会議室	4. その他 ( )
5. 特に決まっていない			
■定例会の開催頻度 (○印はひとつ)			
1. 週1回以上	2. 月2～3回程度	3. 月1回程度	4. 月1回未満

付問4 直近3ヶ月間における退院支援の検討対象となった患者数は延べ何名ですか。

退院支援検討対象患者数					名
-------------	--	--	--	--	---

問16 貴院では、「退院支援の専門部署の設置」「退院支援のプロジェクトや委員会の設置」「退院支援の担当者の配置」以外の退院支援に関する取り組みを行っていますか。(○印はひとつ)

また、行っている場合は、取り組みの内容をお聞かせ下さい。

1. 行っている	2. 行っていない	3. 検討中である
■取り組みの内容		

問17 「退院支援の専門部署の設置」「退院支援のプロジェクトや委員会の設置」「退院支援の担当者の配置」と問16のいずれかの退院支援を実施している施設に伺います。当該活動により、退院促進に向けてどのような効果がありますか。(○印はいくつでも)

また、退院に向けた支援をより効果的なものにするためには、どのような条件が整う必要があると思いますか。(○印はいくつでも)

■効果の内容	
1. 平均在院日数が減った	2. 退院に関する患者・家族の不安の訴えが減った
3. 困難なケースでも退院できるようになった	
4. 院内のスタッフに理解が深まった (退院に対する意識が高まった)	
5. スタッフの負担が軽減した	6. 院内の他職種との連携がよくなった
7. 院外の手機関との連携がよくなった	
8. その他 ( )	
9. 特に効果を感じない	

## ■効果的なものにするための条件

1. 退院支援の担当部門が独立部門である
2. 退院支援の担当者が専任である
3. 退院支援のスタッフが複数名いる
4. 退院支援の定例会が開催されている
5. 病院全体で情報を共有できるシステムが整備されている
6. 特定のスタッフが、入院中から退院後まで継続して患者さんにかかわれる
7. 退院支援に関するリーダー的存在の人物がいる
9. 経営者・管理職に地域ケアへの理解がある（病院理念に掲げているなど）
10. 病院と地域との交流・連携が円滑である
11. その他（ ）

問 18 下記の中に貴病院で精神科病棟の入院患者の退院に向けて実施している活動があれば、該当する番号に○を付けてください。（○印はいくつでも）  
また、それぞれの実施している活動について、主な実施者の番号に○を付けてください。（○印はひとつずつ）

活 動	主な実施者（○印はひとつずつ）
1. 退院支援対象者の選出(スクリーニング)	1. 病棟の看護職員 2. 外来部門の看護職員 3. 医師 4. ソーシャルワーカー 5. 作業療法士 6. 退院支援担当者 7. その他（ ）
2. 退院や地域生活に向けた包括的アセスメント	1. 病棟の看護職員 2. 外来部門の看護職員 3. 医師 4. ソーシャルワーカー 5. 作業療法士 6. 退院支援担当者 7. その他（ ）
3. 病状の見通し・治療方針の患者への説明	1. 病棟の看護職員 2. 外来部門の看護職員 3. 医師 4. ソーシャルワーカー 5. 作業療法士 6. 退院支援担当者 7. その他（ ）
4. 患者の退院への意志の強化	1. 病棟の看護職員 2. 外来部門の看護職員 3. 医師 4. ソーシャルワーカー 5. 作業療法士 6. 退院支援担当者 7. その他（ ）
5. 家族の退院の意向の確認	1. 病棟の看護職員 2. 外来部門の看護職員 3. 医師 4. ソーシャルワーカー 5. 作業療法士 6. 退院支援担当者 7. その他（ ）
6. 患者教育	1. 病棟の看護職員 2. 外来部門の看護職員 3. 医師 4. ソーシャルワーカー 5. 作業療法士 6. 退院支援担当者 7. その他（ ）
7. 家族調整・支援・教育	1. 病棟の看護職員 2. 外来部門の看護職員 3. 医師 4. ソーシャルワーカー 5. 作業療法士 6. 退院支援担当者 7. その他（ ）

8. 退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
9. 退院に向けた計画の立案	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
10. 退院に向けた計画の管理	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
11. 受持ち看護師の行う退院支援のサポート	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
12. 社会資源・サービスの探索・交渉	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
13. 社会資源・サービスの患者・家族への情報提供	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
14. 退院前訪問指導	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
15. 社会資源の体験や外出への同行	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
16. 退院後の訪問看護	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
17. 退院後の相談活動	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
18. スタッフに対する退院支援についての教育	1. 病棟の看護職員 5. 作業療法士	2. 外来部門の看護職員 6. 退院支援担当者	3. 医師 7. その他 ( )	4. ソーシャルワーカー
19. 上記に実施している活動はない				

問 19 貴病院では、患者本人、家族、院内の医師や看護師以外のスタッフ、院外の関係者などを交えた退院支援に関するカンファレンス（ケア会議など）を開催していますか。（○印はひとつ）  
また、開催している場合は、各参加者の参加状況についてお聞かせ下さい。（○印はひとつ）

1. 開催している		2. 開催していない	
1) 患者本人	1. 基本的に参加している	2. 基本的に参加していない	
2) 家族	1. 基本的に参加している	2. 基本的に参加していない	
3) 院内の医師・看護師以外のスタッフ	1. 基本的に参加している	2. 基本的に参加していない	
4) 院外の関係者	1. 基本的に参加している	2. 基本的に参加していない	

## フェースシート

貴方ご自身のことについてお聞きします。

F 1 貴方の性別と年齢をお聞かせ下さい。

性別	1. 男	2. 女	年齢	歳
----	------	------	----	---

F 2 貴方は退院支援活動の実務担当者（責任者）ですか、それとも看護部管理者ですか。どちらにも該当する場合は、両方に○印を付けてください。（○印はひとつ）

1. 退院支援活動の実務担当者（責任者）	2. 看護部管理者
----------------------	-----------

最後に、退院促進について、あなたのご意見・ご要望（自由意見）をお聞かせ下さい。

\*\*\*以上でアンケートは終わりです。長時間ご協力ありがとうございました\*\*\*

○記入が済みでしたら……

- ①記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認下さい。
- ②名前や住所を書かずにアンケート用紙を封筒に入れ、糊付けして下さい。
- ③ 11月30日までにご投函下さいますようお願い致します。

平成 19 年度 障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書

---

## 精神障害者の退院と地域生活定着に向けた 医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討

---

---

発行日：2008 年 3 月

発行者：主任研究員 末安民生

発行所：社団法人日本精神科看護技術協会

〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町 2-3-2 セントピアビル 8F

TEL：03-3667-8661 FAX：03-3667-8662 <http://www.jpna.or.jp>

制 作：株式会社精神看護出版

〒103-0002 東京都中央区日本橋馬喰町 2-2-12

TEL：03-5651-7521 FAX：03-5651-7522 <http://www.seishinkango.co.jp/>

---