

## (2)退院に向けての関わり

退院の話が出る前退院についてどう思っていたか、退院の話が出たとき、不安に感じることや自信がないことはあったか、それに対しどのように対処したか、退院にあたって自分で準備することはあったか

## (3)退院後の生活

退院して良かったと思うのはどんなことか、退院してからの生活はどのように過ごしているか、退院してから困ったことはあったか、それにどのように対処しているか、退院する前にもっと準備しておけば良かったと思うことはあるか

## (4)治療継続に関わる認識や行動

病院に来ることが役立っているか、薬を服用することが役立っているか

## (5)退院後の周囲との関係など

退院後、病院の人以外で支えになっている人はいるか、地域で生活するとき、何か気を付けていることはあるか、今後何かやってみたいこと、実現したいことはあるか

## 3) 調査手続き

対象者の来院時に主治医から調査についてのちらしを渡してもらい、その後調査に関する説明と協力依頼を直接行った。調査に書面で同意した場合は個室で15分程度のインタビューを行った。

## 4) 調査時期

2007年11月から2008年2月にかけて実施した。

## 3. 記録調査

退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した者を対象として記録調査を行った。

### 1) 対象

統合失調症の診断を有する患者で、A病院の1病棟において1年以上入院し、退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した27名を対象とした。この27名は上述の2. 聞き取り調査と同一の集団で

ある。聞き取り調査の対象とならなかった8名の内訳は、他院に通院している(5名)、医療中断中(1名)、再入院中(2名)であった。

## 2) 調査内容

文献調査の結果(後述)をふまえ、調査内容を設定した。把握した内容は患者の基本属性、入院の要因、主な退院困難の要因、病棟職員や地域の事業所職員が実施した退院支援の内容と時期についてである。退院支援の内容の項目は①検査・診断、②薬物療法、③ECT、④作業療法、⑤生活技能、⑥コミュニケーション技能、⑦本人や家族への心理教育、⑧服薬指導および⑨退院計画である。生活技能に関しては長谷川ら(1997)<sup>2)</sup>の日本語版LSPを参照した。記録のレビューに際しては、退院の方針が決定された時期と、退院から2年前とのどちらか早い方を起点とした。

## 3) 調査手続き

入院記録から患者の基本属性や主な退院困難の要因、病棟職員や地域の事業所職員が実施した退院支援の内容と時期について把握した。また、補足としてソーシャルワーカーの記録からも情報を収集した。

## 4) 調査時期

2007年11月から2008年2月にかけて実施した。

## 5) 退院支援パス試案の作成

聞き取り調査や記録調査から把握された退院支援のプロセスを、患者ごとにクリニカルパス形式で整理し、退院支援の内容を再検討して標準的な退院支援パスの試案を作成した。

### (倫理面への配慮)

国立精神・神経センター倫理審査委員会に申請し承認を得て実施した。具体的には、①聞き取り調査を実施する際には文書及び口頭にて対象者に研究の主旨や目的を説明し、同意が得られた者のみを対象者とすること、②施設内でID照会リストを作成し、集計データには氏名等の個人を特定しうる情報は含めず、データを厳重に保管するこ

と、③研究結果は個人が特定されない形で公表すること等である。

## C. 研究結果

### 1. 文献調査

#### 1) 国内文献

表1に検索の結果を示す。医中誌において「クリニカルパス」はキーワードの分類上「クリティカルパス」とされるため、表1でもそのように記載する。過去10年間の「クリティカルパス」に該当する文献は13,946件あり、うち「精神医療」は30件、「病院精神科」は39件、「精神科病院」は44件、「精神看護」は134件であった(表1)。

表1 国内文献における精神科パスの該当件数

キーワード	件数
クリティカルパス	13,946
クリティカルパス + 精神医療	30
クリティカルパス + 精神医療 + 退院	4
クリティカルパス + 病院精神科	39
クリティカルパス + 病院精神科 + 退院	3
クリティカルパス + 精神科病院	44
クリティカルパス + 精神科病院 + 退院	1
クリティカルパス + 精神看護	134
クリティカルパス + 精神看護 + 退院	21

「退院」がキーワードに該当するものは、重複する5件を除いて合計24件であった。この24件のうち、12件は救急・急性期や緊急入院、1件は休息入院のパスに関する文献であった。統合失調症を対象としたパスは8件あり、急性期ケアもしくは休息入院に関するものであった。慢性期や長期在院患者の退院促進を目的としたパスに関する文献は2件あったがどちらも解説/特集に分類され、パスの作成や適用を検討した調査には該当しないと考えられた。

統合失調症を対象としたパス8件の概要は次のとおりである。

#### (1) 国立精神・神経センター武蔵病院

佐藤ら(2002)<sup>3)</sup>は緊急入院した統合失調症患者21例の隔離期間中の看護記録を分析し、自傷他害、対人関係、身体管理を中心とした評価・判定スケールを作成した。

#### (2) 東京都立松沢病院

田部井(2003)<sup>4)</sup>は統合失調症をはじめとする慢性精神疾患の休息入院パスが導入された経緯を紹介している。明確な退院時期を設定することは精神科には馴染みにくくとして、三つの時期に区切られている。

#### (3) 国立療養所大島青松園

片岡ら(2004)<sup>5)</sup>は診療報酬点数上の精神科急性期治療病棟加算Iに適用可能な統合失調症用クリニカルパス及びアウトカム管理のための確認項目を作成し、バリエーションの確認項目の設定が課題であると指摘している。

#### (4) 国立病院機構肥前精神医療センター

橋本(2004)<sup>6)</sup>は急性期におけるパスを33例の統合失調症患者に適用し、15例が設定した治療期間以内に退院できなかったと報告した。転帰を予測するものとして症状の改善率が示唆された。

#### (5) 卯の会新垣病院

山口ら(2005)<sup>7)</sup>は自宅退院が3ヵ月以内に可能と予測される統合失調症患者に限定したパスを作成し、15事例に適用を試みたが、運用は不十分であったと報告した。

#### (6) 恵風会高岡病院

神原ら(2006)<sup>8)</sup>はクリニカルパスの中に家族教室を取り入れ、16家族に導入した。

#### (7) 寿康会大府病院

久野ら(2006)<sup>9)</sup>は急性期におけるパスを12例の統合失調症患者に導入し、9ヵ月間に4例でバリエーションが発生したと報告した。

#### (8) 五島中央病院

真島ら(2006)<sup>10)</sup>は精神科へのパス適用が難し

い現状を指摘して、パスにおける入院期間を①急性期、②回復休息期、③回復準備期に分けて3ヵ月と設定した。

## 2) 海外文献

海外においては以下の(1)~(3)にあるクリニカルパスを作成した文献があげられたほか、英国の Gloucestershire Partnership NHS Trust が用いている Core Inpatient Integrated Care Pathway を参照した (研究協力者の池上直己教授よりご提供)。

### (1) Core Inpatient Integrated Care Pathway

(Gloucestershire Partnership NHS Trust) <sup>11)</sup>

このパスは、入院から退院までの全ての過程を1つの表にまとめたものとは異なり、段階ごとに必要な手続きを示すフローチャートを中心としている。フローチャートの中に患者の状態等によって分岐する点があり、ある条件に該当する場合に行うべきアセスメントや用いるモジュールを示している。

### (2) Tampa General Healthcare, Florida

Smith (1997) <sup>12)</sup>はうつ病の入院パスを作成した。先に入院期間を5日間と決めてから開発している。

横軸のケア内容には相談 (consults)、検査、介入、薬物療法、食事、教育、心理社会的 (測定)、退院計画が掲げられている。

### (3) Tai Po Hospital, Hong Kong

Chan ら (1999) <sup>13)</sup>はパスの横軸にケア内容として、アウトカム、アセスメントと診断の検査、活動、心理社会的、食事、薬物療法、患者教育、退院計画を掲げている。縦軸は時間で、1日 (入院初日)、2-3日、4-8日、9-12日、13-17日、18-22日-退院と区切られている。どの職種が何を実施するのかという分担は定義されていない。

患者が退院困難な問題としては①精神病様症状にさいなまれている、②治療に同意しない、③セルフケア/地域生活のスキルが欠けている、④仕事の意欲に欠ける、⑤家族/地域資源による援助が欠けている、⑥セルフケア能力に乏しい、⑦自傷他害の可能性があることがあげられた。看護師

が中心になって作成したもので、地域機関との関わり部分が十分にはカバーされていない点が指摘された。

### (4) The Clinical Pathways Project across Australia

Emmerson ら (2004) <sup>14)</sup>は精神病症状 (psychosis) とうつ (depression) の入院医療クリニカルパスを作成した。この二つを選んだのは、入院の中で多く、コストやリスクが高いとされたためである。精神病症状の入院パスは①アセスメント、②初期の治療、③治療、④退院の4つの時期に分けられた。しかし複雑すぎる等の問題から最後にはチェックリスト的な形式になり、うつ病パスと統合されて、ひとつの精神科急性期入院パスになった。

以上の海外文献ではクリニカルパスの中に「discharge planning」(退院計画)が織り込まれている。Cochrane Databaseの最新のレビュー (2004) <sup>15)</sup>によれば、退院計画は「在院期間の短縮、予期しない再入院の減少、退院後のサービスの調整 (coordination) を向上して病院と退院後の場所とのギャップを橋渡しすることを目的としたもの」と定義され、無作為化対照比較試験 (RCT) により7つの研究を Meta-analyses により再分析した結果、退院計画による再入院率の減少、在院期間の短縮、健康上のアウトカムおよびコスト面での効果は不確定 (uncertain) であった。まだ研究が少なく、検出力が不十分なためと考えられた。

文献調査の結果、本研究で退院支援パスを作成するうえでの着眼点として、①入院期間をいくつかの時期に分けて各時期における目標を設定する、②退院計画をパスの中に織り込む、③入院や退院困難となっている要因に着目した退院支援パスの分類 (アセスメントとセットになったモジュール構成) を検討することが考えられた。

## 2. 聞き取り調査

退院支援を受けた本人の主観的な評価や退院後の生活について情報を得るため、現在も対象病院外来に通院している19名を対象として聞き取

り調査を行った。調査が完了した12名について結果を以下に示す。残り7名のうち3名は調査協力拒否、4名は未施行)。退院からの経過期間は3か月~3年であった。

#### 1) 退院に向かう過程で役に立った援助

退院の過程で受けた援助で何が役に立ったかという質問に対し、5名(41.7%)が「住居探しに関する援助」、3名(25.0%)が「住居の契約や生活保護、障害年金などの手続きに関する援助」及び「SSTでの会話訓練」「(退院後の活動の準備としての)作業療法」と回答した。

#### 2) 入院中、退院についてどう考えていたか

入院中に退院についてどのように考えていたかという質問に対し、「退院したいし、退院できる」と考えていたという回答と、日常生活に自信がない・十分に回復していないといった理由から退院に消極的であったという回答が半数ずつであった。その他に、常に気持ちが揺れていたと回答した者も1名あった。

#### 3) 退院の話が出た際不安に感じたこと

退院の話が進む中でどのようなことが不安だったか尋ねたところ、8名(66.7%)が特になかったと回答した。不安があったと回答した者は、身体疾患・食事・掃除洗濯・住居・お金・地域での仲間が見つかるかどうか・日中の活動場所・デイケアメンバーとうまくやれるかどうか、といったことを不安の内容として挙げた。

#### 4) 退院してからの生活

日中の活動場所としては、地域活動支援センター、病院の作業療法、病院デイケア、作業所のいずれかを利用している者が9名(75.0%)であった。食事についてはほとんどの者が弁当など調理済みのものを買っていた。病棟にいたときと同様、規則的な生活を心がけているという回答が多くみられた。

#### 5) 退院前に準備しておけばよかったと思うこと

今後退院する人へのアドバイスとして、退院前

に準備しておけばよかったと思うことがあれば教えて欲しいという問に対し、8名(66.7%)は「特になかった」と答えた。その他の回答としては「お金を貯めておく・自分にあった家や作業所を探すために見学をたくさんする・SSTを行う」といったものがあった。

#### 6) 服薬が役に立っているか

現在薬を服用することについてどのようなメリットを感じているかという問に対し、最も多かった回答は「睡眠を取るのに役立つ」というものであった(6名,50.0%)。

#### 7) 退院後の生活で気を付けていること

退院後の生活について自分で気を付けていることとしては、規則正しい生活・対人関係・火の始末・ゴミの分別などが挙げられた。

#### 8) 退院してよかったこと

退院してよかったと感じる点を尋ねたところ、9名(75.0%)が好きなときに好きなことができる自由と回答した。また、自分の力で生きていくと感じる点、仕事や勉強など普通の人と同じ生活ができる点も挙げられた。

### 3. 記録調査

#### 1) 対象者の基本属性

対象者27名の性別と退院先を表2に示す。男性が63.0%を占め、退院後の住居は全体及び男性では単身アパート、女性では援護寮が最も多かった。

表3は対象者の年齢、入院期間、退院支援に要した期間を示したものである。対象者全体では、現在の平均年齢が52.3歳(SD=11.6, 範囲32-71)、入院時平均年齢が43.7歳(SD=11.6, 範囲20-63)、退院時平均年齢が50.1歳(SD=11.6, 範囲29-68)であった。平均入院回数は3.1回(SD=1.6, 範囲1-6)、平均入院期間は77.6か月(SD=95.1, 中央値54.3, 範囲13-519)であった。退院の話が出てから実際に退院するまでの平均期間は94.4週(SD=41.3, 中央値87.0, 範囲40-204)であった。

表 2 対象者 27 名の退院後住居

	全対象		男性		女性	
	N	%	N	%	N	%
単身アパート	10	37.0	8	47.1	2	20.0
援護寮	6	22.2	2	11.8	4	40.0
GH	4	14.8	3	17.6	1	10.0
救護施設	3	11.1	3	17.6	0	0.0
その他施設	2	7.4	1	5.9	1	10.0
自宅	2	7.4	0	0.0	2	20.0
計	27	100.0	17	100.0	10	100.0

表 3 対象者の年齢、入院期間、入院回数<sup>1)</sup>、退院支援に要した期間(週数)<sup>2)</sup>

## 全体

	人数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
現在年齢	27	52.3	11.6	53.4	32	71
入院時年齢	27	43.7	11.6	46.5	20	63
退院時年齢	27	50.1	11.6	51.4	29	68
入院回数 <sup>1)</sup>	17 <sup>3)</sup>	3.1	1.6	3.0	1	6
入院期間(月)	27	77.6	95.1	54.3	13	519
退院週数 <sup>2)</sup>	17 <sup>3)</sup>	94.4	41.3	87.0	40	204

## 男性

	人数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
現在年齢	17	52.9	11.5	53.5	36	70
入院時年齢	17	43.9	10.2	47.0	26	60
退院時年齢	17	51.1	11.6	51.5	33	67
入院回数 <sup>1)</sup>	11 <sup>3)</sup>	3.1	1.6	2.7	1	6
入院期間(月)	17	90.1	114.9	72	13	519
退院週数 <sup>2)</sup>	11 <sup>3)</sup>	102.2	40.2	99.0	56	204

## 女性

	人数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
現在年齢	10	51.1	12.3	52.5	32	71
入院時年齢	10	43.3	14.2	44.5	20	63
退院時年齢	10	48.5	12.1	50.5	29	68
入院回数 <sup>1)</sup>	6 <sup>3)</sup>	3.0	1.7	3.3	1	5
入院期間(月)	10	56.2	42.9	42	22	154
退院週数 <sup>2)</sup>	6 <sup>3)</sup>	80	43.1	73	40	161

注 1：今回の入院を含む。注 2：退院支援に要した期間：入院記録に病院スタッフが本人または家族と退院について話した記録があった日を起点とする、実際に退院した日までの週数。注 3：入院記録調査を行った対象者のみデータが得られた。

## 2) 入院に至るまでの概要

対象者 27 名のうち、記録のレビューが完了した 17 名について、入院に至るまでの概要を附表 1 にまとめた。服薬非遵守または長期にわたり未治療であることが、多くの対象者で入院となった要因の基礎にあると考えられた。

## 3) 入院から退院に至る経過

附表 2 は記録のレビューが完了した 17 名の入院から退院に至る経過を示している。退院計画には本人と家族、医師・精神保健福祉士・看護師が中心に関与しており、地域機関の関与の有無や関与する職種は対象患者によって異なっていた。退院困難の要因についても、ほぼ全ての事例で病識/治療遵守の問題があげられていた。特異的な退院困難の要因としては①アルコール依存症の問題を合併、②対人面で危険な行動がある、③放火や窃盗などの犯罪行為、④自殺企図が考えられた。

## 4) 入院記録の分析

### 入院記録の整理

記録のレビューは附表 3 に示す様式を用い、退院に向けた活動を介入分野別に整理する形式で行った。各対象者についてこの表を完成させた結果、①予め設定した領域や課題では分類できない活動が多数存在すること、②ほぼ全ての対象者に共通して行われた活動と特定の患者のみに実施された活動があることが明らかになった。①であらかじめ設定した様式で分類がうまくいかなかったのは、参考にした急性期のパスが精神病症状の改善を目的とした医療的介入を軸としていたのに対し、退院支援活動は退院後の生活構築を目指してより広汎な種類の活動が行われていたためであった。よって介入を軸とするよりは、退院後の生活に関する領域を設定し、それぞれの領域における課題を達成すれば退院後の生活や支援体制が構築されるような形式の方が適していると考えられた。そこで患者ごとのパスを集約し、①と②の点に着目して退院支援の内容の再分類を行った。

### 行われた支援活動の再分類

附表 5 に再整理した退院支援の内容を示した。領域は 1. 退院計画(統合)、2. 退院計画進行(本人)、3. 退院計画進行(家族)、4. 行動範囲、5. 疾病・健康管理、6. 生活内容領域(日常生活能力)、7. 生活基盤領域とするとケア内容を整理することができた。次に、各領域のケアが全ての対象者に行われるべきものなのか、個別のニーズに応じて選択されるべきものなのかについての示唆を得るため、附表 5 及び附表 6 に患者ごとの各領域における支援の実施有無を整理した。附表 4 に記載した領域「共通」「個別」の基準は、附表 5 及び附表 6 において 17 名中 10 名以上に行われていたか否かによって判断した。

長期入院や精神疾患によって必然的に生じる課題が「共通」、併存する糖尿病のような、対象者によって対応の必要性の有無が異なるものについては「個別」となっている。「個別」とされた領域については支援の際に取捨選択することで、対象者のニーズに沿った支援が可能になるものと考えられる。

### 各支援活動が行われた時期

活動内容の列挙・分類だけでは「いつ」それらを行うかという時期が特定されず、計画を具体的にすることができない。そこでそれぞれのケアが退院前のどの時点でどのくらいの期間をかけて行われていたか検討を行ったが、ケースによるばらつきが大きく、特定が困難であった。そこで、まず退院支援の大きな流れを概観すると、①状況確認と目標設定の時期、②地域資源等を探索し地域に接近する時期、および③試泊等により実際に地域に生活を移行する時期に大きく分かれるのではないかと考えられた。各活動は各時期に特徴的なものと、複数の時期に渡って行われるものが混在しているため、附表 7 にそれらを整理した。各時期を特徴付ける活動は以下の①～③の通りである。退院支援を着実に進めるためには、関与する者が各時期における中心的課題と次の時期に移行する目安としての達成目標を認識した上で支援を行う

ことが重要と考えられる。可能ならば支援を受ける本人にも退院支援の計画全体を提示し共有することで今後の見通しに関する不安の減少が期待される一方、一度に多くの情報を提示されることで退院への不安が強まり状態が悪化するリスクもあるため、各対象者の個別性に応じて計画の提示の仕方や範囲を考慮することが望ましい。記録調査でみられた例では、特に財産整理などに関する話が具体的になる中で被害妄想が活発化したため進行を慎重にしたケースがあった。

### ① 状況確認・目標設定期

長期に入院している場合、時間の経過やスタッフの交代等により、対象者を取り巻く状況や退院の方針が不明になっている場合が少なくなかった。医師の交代や転棟等で再度状況を確認するところが退院支援の開始の契機となっていた場合が多く見られた。この時期は本人や家族の退院に関する動機や考え方、入院によって棚上げになっている問題(勤務先との関係、家賃や借金の未払いなど)、退院に向けての環境的条件を確認することが中心となる。また、継続的な管理が必要な身体疾患があるかどうか、服薬管理状況や服薬に対する本人の考えはどうか、地域生活が困難になるような規則遵守やセルフケアの問題があるか、といった、退院に向けてどのような課題があるかをアセスメントすることも重要な活動である。

### ② 地域探索期

病院から地域への移行を行うまでに、行動範囲を拡大しながら地域のサービスについて知る、地域生活に必要な技能を練習する、という病棟と地域を行き来する時期が存在する。後述するが、この時期に行われることは、退院について具体的に考えることができず、退院について不安になったり拒否的になっている者や現実的な検討が困難になっている者に対しては、具体的な退院のイメージを形成する機会となり、動機付けの意味があるものと考えられた。

また、実際に利用できる地域資源は何か、本人

の希望と合致するところはどこか、といった点の検討、本人・病院スタッフ・地域スタッフが実際に会うことによる関係作りもこの時期に開始されることが多いようであった。

### ③ 地域移行期

この時期は、地域探索期において形成された退院のイメージに沿って、住居や施設探し、契約という手続きを行う。また、試験的に外泊を行ったり、退院後に利用するサービスを試験的に利用するなど、退院後の生活のシミュレーションを行うことが中心的な活動である。

#### 退院に向けての動機付け

今回の調査の対象者の中で、元々退院について動機が高くなかった者に対してどのような関わりが行われたかを検討した。記録調査が終了した17名のうち、6名が退院支援の開始時に退院について消極的であった。動機が低い理由は、体調不安・当初設定された退院先が気に入らない・家族の状況的に無理(と本人が考えている)、であった。結局は全員が退院しているわけであるが、動機の変化の要因としては自宅への外泊や集団外出による試験的な地域生活への接触、病院スタッフではなく家族からの提案、家族との交流の復活、退院先に関する別の提案、他の退院者の話を聞くこと、作業療法の導入と考えられた。変化の程度としては「諦めて」退院する者から、自ら手続き等を積極的に行う者までばらつきが見られた。「諦めて」退院した者についても、退院後しばらくすると「自由に生活できるから家の方がよい」と話している。

#### 各時期における計画表

以上の整理に基づき、退院支援パスの試案となる、退院支援活動を行うための計画表(附表8・附表9)を作成した。これを本人、家族、病院スタッフ、地域スタッフが共有して各課題に答えていく中で、退院に必要な手続き、また退院後に必要な支援が明確になることが期待される。

### 病院付近の地域資源

参考資料として、対象病院の付近に存在する医療機関、入所施設、通所施設、地域活動支援センターの数及び地理的な分布を附表 10 及び図 1 に示した。

### D. 考察

本研究は、実際にある病棟で行われた退院支援活動に関する情報を収集し、整理することを通して、今後の退院支援活動が円滑になされるためのパスを作成することを目的として行った。文献調査によって情報収集・整理の枠組みに関する示唆を得、聞き取り調査と記録調査によって退院の過程で行われたことに関する情報を取得した。

文献調査からは、①入院期間をいくつかの時期に分けて各時期における目標を設定する、②退院計画をパスの中に織り込む、③入院や退院困難となっている要因に着目した退院支援パスの分類（アセスメントとセットになったモジュール構成）を検討する、という着眼点が示唆された。①については、本研究において日数や週数単位での時間軸設定をデータから導くことが困難であったため、まず3つの時期に大別することを検討した。また、③については、今年度の段階では入院や退院困難の要因によって退院支援のプロセスが全く異なるという結果は得られず、基本的な支援は共通していると考えられたことから、モジュール構成を念頭において共通の支援項目と個別の支援項目に分類した。

支援を受けて退院し、地域生活を継続している者を対象とした聞き取り調査では、細かい支援についてあまり覚えていないと回答した者が多かったが、住居探し・契約・年金や生活保護の申請といった手続き面での援助が印象に残っているようであった。退院後の生活については、入院中と同様に規則的な生活を心がけているという者が多く、起床時間や食事の時間について昼夜逆転などはみられなかった。地域活動支援センターや作業所、

病院のデイケアや作業療法といった昼間の活動が生活リズムの維持に役立っているものと思われた。服薬や通院といった治療の継続については、外来に通院を続けている者を対象としていたため、概ね受け入れているか積極的に行っている者が大半であった。これについては、外来通院を中断している者との比較を今後行い、入院中の関わりや退院後の支援にどのような違いがあるか明らかにする予定である。

記録調査の結果、介入の種類を軸とした方法では情報を整理することが困難であり、退院後の生活を構成する領域（疾病・健康管理領域、生活内容領域、生活基盤領域）と地域生活に接近していく行動範囲領域、それらに関する取り組みを整理するための退院計画領域という設定を置くと、行われた活動をうまく整理できると考えられた。それぞれの活動を行う人についてはケースによって異なる場合が多く、急性期の治療と異なっていた。これは、支援を受ける者の自立度や積極性を生かして柔軟な退院支援が行えることを示すと共に、誰がいつまでに何を行うかという役割が不明確になり、病棟の状況の変化（スタッフの交代など）や時間の経過とともに退院計画自体が不明確になってしまう可能性を示唆している。早い段階で行う活動と役割分担を明確にするとともに、計画の進捗を常に確認することが円滑な退院支援には不可欠と考えられた。

また、各活動を行う時期についてはばらつきが大きく、①状況確認・目標設定期、②地域探索期、③地域移行期の3つの時期に大別して各時期に行われる活動の特徴を明らかにすることに留まった。それぞれの時期がどのくらいの長さを想定すればよいか、データから導くことは難しい。本研究ではあくまで今まで行われた活動について情報が収集されており、中には対象者以外の環境的な理由、あるいは不明瞭な理由でしばらく退院計画が滞ってしまうケースが少なくなかったため、そこから「望ましい」期間を算出することは適切ではないと考えられた。どのくらいの時間がかけるか、適切かという判断は個別のケースによって異なり、



それも退院計画の一要素であると考えられる。重要なのは単に退院のスピードを速めることなく、必要な時間をかけ、また手続きの不備等によって時間を浪費することなく、円滑に地域生活への移行を進めることであると考えられる。

今回の研究の限界として、入院記録・ソーシャルワーカーの記録とから情報を集めたため、記録に現れにくい情報については実際よりも少なく見積もっている可能性があげられる。具体的には、日常生活の中で行われることが多いと考えられる対人関係への関わり（会話や交際の援助など）については情報がほとんど得られず、退院支援との関係が明確にならなかった。退院計画として取り込むことが難しい分野ではあるが、今後どのような形で関連づけていくべきか（関連づけるかどうかも含め）、病棟職員に聞き取りを行う中で検討する予定である。また、今年度の結果はあくまで一病院の一病棟のものであり、標準パスとは言えない。次年度は、本研究で得られた結果を複数の病院また病棟で検証し、より広汎に使用することが可能なパスの作成を行う予定である。また、実際の業務に組み入れる際にどのような書式であることが望ましいかも検討する。

## E. 結論

本研究は、実際にある病棟で行われた退院支援活動の記録から、退院とその後の地域生活に必要な活動は何か、それはいつ行われるのかについて明らかにし、それらの情報を再構成して標準的な退院支援パスを作成することを目的として行った。

退院支援活動は退院後の地域生活を構成する領域別に整理できること、それぞれの活動を行う人はケースによって異なること、活動を行う時間については大きく3つに分けられるが、それぞれの長さについては一意に決めることが難しいことが明らかになった。急性期の外科的治療等とは異なり、定型的な役割分担や期間設定が困難であること、対象者の自立度や抱えている問題の困難度によって支援の程度も柔軟に変化させる必要がある

るという特徴を持つプロセスだけに、退院計画の重要性は一層大きいものと考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

中西三春、沢村香苗、佐藤さやか、瀬戸屋雄太郎、安西信雄：統合失調症を有する患者における退院困難の要因別にみた退院支援のプロセス。日本精神神経学会、2008（予定）

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 参考文献

- 1) 藤田利治、佐藤俊哉：精神病院での長期在院に関連する要因 患者調査及び病院報告に基づく検討。厚生指針 51:12-19, 2004
- 2) 長谷川憲一、小川一夫、近藤智恵子他：Life Skills Profile (LSP) 日本語版の作成その信頼性・妥当性の検討。精神医学 39(5):547-555, 1997
- 3) 佐藤とし子、武田淳一、佐藤るみ子、鍋田芳子：精神科政策医療と看護 精神科看護の基本モデルに関する研究 クリニカルパスの導入。厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による平成11-13年度総括研究報告書 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究:251-257, 2002
- 4) 田部井伸一：クリニカルパスを始めよう クリニカルパス導入にあたって。精神科看護 136:60-64, 2003
- 5) 片岡睦子、谷岡哲也、永峰勲、多田敏子、橋本文子、松下恭子、山下留理子、森口博基：精

精神科急性期治療病棟で使用するための統合失調症用クリニカルパスおよびアウトカム管理確認項目の試作. 日本看護福祉学会誌 10(1):60-61, 2004

Cochrane Database System Review (1): CD000313, 2004

6) 橋本喜次郎: クリニカルパスによる急性期統合失調症治療 BPRS と薬物療法などの解析. 精神医学 46(7):701-707, 2004

7) 山口美那子、喜友名民子、田中泰隆、谷川真道、新里慶子、久場常子: 急性期治療病棟におけるクリニカルパス作成と運用 効果的な運用に向けての調査研究. 日本精神科看護学会誌 48(1):36-37, 2005

8) 神原ひとみ、大内直子、山浦美穂: 社会復帰を目指した家族教室の効果 急性期病棟の家族理解を求めて. 日本精神科看護学会誌 49(2):67-71, 2006

9) 久野有貴、宇野啓子: 急性期統合失調症患者にクリニカルパス導入を試みて 継続可能で有効性の高いパス作成を目指して. 日本精神科看護学会誌 49(1):20-21, 2006

10) 真鳥良樹、宮崎輝義、上野貴穂、中川静子、宮脇真澄、片山志真子、小田和子、渡敏子、小田孝: 統合失調症へのクリティカルパス導入への取り組み. 五島中央病院紀要 8:37-39, 2006

11) Gloucestershire Partnership Trust : Core Pathway for Adults of Working Age & Older Person's Mental health Wards Version 2.5 August 2006. Core Inpatient Integrated Care Pathway.

12) Smith GB: Critical pathway and patient and family teaching protocol for major depression. Nursing Case Management 2(1):23-32, 1997

13) Chan SW, Wong K: The use of critical pathways in caring for schizophrenic patients in a mental hospital. Archives of Psychiatric Nursing 13:145-153, 1999

14) Emmerson B, Fawcett L, Frost A, Lacey M, Todd C, Powell J: INPATIENT PSYCHIATRY A tale of three pathways: the experience of RBWH Mental Health. Australasian Psychiatry 12(3):256-260, 2004

15) Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C: Discharge planning from hospital to home.

附表 1 入院に至るまでの概要

ID	年齢・性別	婚姻	学歴	入院前就労	住居	入院前利用	入院歴	入院形態	入院の要因	入院期間
01	44 女	未婚	専門学校中退	無職	単身自宅	民生委員 保健所 PHN	3回	措置	服薬非遵守 民生委員や PHN に暴力行為	3年 7月
03	66 男	未婚	中学卒業	無職	単身自宅	生活保護	2回	措置	服薬非遵守 放火	6年 3月
04	50 男	離婚	中学卒業	正規雇用	同居自宅		5回	任意	服薬非遵守 飲酒	1年 2月
05	56 女	未婚	高校卒業	正規雇用	援護寮	DC, 作業所	4回	任意	入浴拒否・援護寮 での生活不可	3年 9月
06	29 女	未婚	高校卒業	不定期雇用	単身自宅		4回	措置	服薬非遵守	2年 4月
08	34 男	未婚	専門学校卒業	正規雇用	同居自宅	作業所(中 断)	3回	医療保護	環境要因 対人上の危険行 動(刃物)	7年 1月
10	63 男	未婚	高校卒業	無職	同居自宅	OT	4回	任意	自殺企図 虫垂炎手術のた め一時退院	1年 1月
11	58 女	未婚	中学卒業	正規雇用	単身自宅		1回	医療保護	長期未治療	6年 11月
12	52 男	未婚	大学中退	正規雇用	同居自宅	未治療・なし	2回	医療保護	長期未治療	8年 9ヶ月
14	55 女	結婚	短大卒業	無職	同居自宅		1回	医療保護		8年 2月
17	34 男	未婚	高校中退	無職	同居自宅	診療所	5回	任意	AI 依存症で入院 断酒できない	2年 0月
20	49 女	未婚	高校卒業	無職	同居自宅	DC	5回	医療保護	服薬非遵守 環境要因	3年 5月
22	63 男	未婚	高校中退	正規雇用	同居自宅		2回		発症後、他院から 転院	43年 3月
24	64 男		高校卒業	無職	住所不定		2回?	措置	長期未治療 窃盗で逮捕	1年 1月
27	52 男		高校中退	不定期雇用	単身自宅	生活保護	2回	措置	服薬非遵守	6年 1月
28	44 男	未婚	中学卒業	無職	同居自宅		6回	措置	服薬非遵守 放火	3年 11月
29	62 男	離婚	中学卒業	不定期雇用	同居自宅	生活保護	1回	措置	服薬非遵守 放火	9年 6月

\*退院時の年齢

ID ゴシック字体はカルテ記録の他に PSW 記録を参照することができたもの

附表 2 入院から退院に至る経過

ID	退院計画への関与			退院困難の要因							外泊*	退院先	退院後利用	制度利用	
	Pt	Dr	PSW	住居	病識/遵守	家族	生活技能, 身体合併	問題行動	借金	生活技能, 自閉					訪問
01	Pt				司法書士 不動産屋							0回	授護寮	訪問	年金
03		Dr	PSW	Ns	内科医			問題行動				6回	単身7P <sup>1</sup> -ト	支援セ <sup>1</sup> タ-	年金, 生保
04	Pt		PSW	Ns	地域活動支援セ <sup>1</sup> タ-							6回	単身7P <sup>1</sup> -ト	支援セ <sup>1</sup> タ-	年金
05		Dr	PSW	Ns	市PHN					不安, 自閉		10回	自宅		年金
06	Pt		PSW		行政福祉					借金		0回	自立支援施設	DC, 訪問	生保
08	Pt		PSW	Ns	CP			問題行動		生活技能, 自閉		5回	単身7P <sup>1</sup> -ト	病院OT	年金, 生保
10	Pt		PSW	Ns	PHN、授護寮タ <sup>1</sup> ツ			問題行動		生活技能		0回	授護寮		年金
11	Pt	Dr	PSW	Ns								1回	単身7P <sup>1</sup> -ト	訪問	年金
12	Pt		PSW	Ns	OT、地域活動支援セ <sup>1</sup> タ-、市CW		家族			退院への不安 自閉的 生活		5回	単身7P <sup>1</sup> -ト	DC, NC, 病院 OT, 訪問	自立支援 生保 年金
14	Pt	Dr	PSW	Ns			家族					14回	自宅	病院OT, 訪問	自立支援
17	Pt	Dr	PSW		市CW、作業所タ <sup>1</sup> ツ							14回	単身7P <sup>1</sup> -ト	作業所	生保
20	Pt	Dr	PSW		市CW、GHタ <sup>1</sup> ツ		家族			対人関係		2回	GH	作業所	自立支援
22	Pt	Dr	PSW	Ns	GH職員, PHN		家族			不安, 自閉		8回	GH		年金
24	Pt	Dr	PSW	Ns	行政CW								更生施設		生保
27	Pt	Dr	PSW	Ns	OT			問題行動		対人関係		7回	単身7P <sup>1</sup> -ト	DC, OT	年金
28	Pt	Dr	PSW	OT			家族	問題行動		対人関係		0回	授護寮		年金
29	Pt	Dr	PSW	Ns	障害者セ <sup>1</sup> タ-					身体合併		0回	救護施設	作業所	年金, 生保

\*退院前1年間の外泊回数

IDゴシック字体はカルテ記録の他にPSW記録を参照することができたもの

附表 3 入院記録整理に用いた様式

		1ヶ月			2ヶ月			3ヶ月			4ヶ月			5ヶ月			6ヶ月			7ヶ月			8ヶ月								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
		週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週	週
調査項目		主に介入が行われたこと(達成課題)																													
検査・診断	<p>該当有無と内容を記載  <input type="checkbox"/> 主な精神症状                      (特に地域生活を困難にするもの)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体合併症                      変更ごとに記載  <input type="checkbox"/> 換算量(OPZDZP)  <input type="checkbox"/> 薬効別薬剤種類  <input type="checkbox"/> 抗精神病薬  <input type="checkbox"/> 抗うつ薬  <input type="checkbox"/> 抗不安薬  <input type="checkbox"/> 睡眠薬  <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬</p>																														
ECT	<p>試行の有無と目的を簡単に記述→                      作業療法の実施有無(内容がわかれば                      内容も)</p>																														
作業療法	<p>主にテーマになったことをチェック  <input type="checkbox"/> 食事  <input type="checkbox"/> 金銭管理  <input type="checkbox"/> 掃除洗濯  <input type="checkbox"/> 規則遵守  <input type="checkbox"/> 交際  <input type="checkbox"/> 会話  <input type="checkbox"/> 責任  <input type="checkbox"/> 交通機関の利用</p>																														
生活技能 (Life Skills Profile)	<p>主にテーマになったことをチェック  <input type="checkbox"/> 家族とのコミュニケーション  <input type="checkbox"/> 周囲とのコミュニケーション</p>																														
コミュニケーション 技能	<p>主にテーマになったことをチェック  <input type="checkbox"/> 疾患についての知識  <input type="checkbox"/> 治療継続の必要性の理解  <input type="checkbox"/> 再発の注意サインの理解  <input type="checkbox"/> 地域生活で問題となるような行動                      入院時の初期状態にチェック  <input type="checkbox"/> 服薬を受け入れている  <input type="checkbox"/> 言葉や感情面での拒薬傾向  <input type="checkbox"/> 実際の拒薬行為</p>																														
心理教育 (本人)	<p>主にテーマになったことをチェック  <input type="checkbox"/> 疾患に関する知識  <input type="checkbox"/> 本人との関係  <input type="checkbox"/> 病院スタッフとの関係  <input type="checkbox"/> 地域スタッフとの関係</p>																														
服薬指導	<p>関連の有無をチェック  <input type="checkbox"/> 本人  <input type="checkbox"/> 家族  <input type="checkbox"/> 病院医師/Ns/PSW/他  <input type="checkbox"/> 地域スタッフ</p>																														
心理教育 (家族)																															
退院計画																															



附表 4 ケア要素の領域別整理

領域	小項目	主に行われたこと	内容(実際のカルテ記載から)	計画策定時アセスメント	共通or個別	整理した内容	関与する人(本人以外)
1 退院計画(統合)	退院に関する合意形成と体制作り、計画策定と進捗管理	院内外関係機関連絡・調整	退院地域の方針決定 施設待機状況を確認 アパート保証人の決定 退院に向けての課題整理 多職種カンファレンスを開く(地域スタッフと共に支援体制を話し合う) 介護計画 職場との調整(退職手続き)		共通	①本人の状態や意向、家族も含めた要因を検討して退院先を検討する。 ②課題を整理し、重点課題を設定する(たまに行われている)4-7の領域から ③退院時期の目標を設定する。 ④必要な院内・院外体制を整える(関与する人を招集する) ⑤退院後も含めた役割分担を行う ⑥進捗を管理し計画を見直す	本人・家族・PSW・Ns・Dr・Cp・地域支援センタースタッフ・GH職員
2 退院計画進行(本人)		本人の意向確認と動機付け	本人と相続や退院後の方針を相談 中間施設から出たあとの生活についても話し合う 本人の退院先希望・イメージについて聞く 不安・課題の整理 退院準備カレンダーの作成	退院に対する本人の動機(低い・高い) 退院に対する本人の不安(ある・ない) 地域生活を困難にするような本人の課題(ある・ない) 退院に際して環境(家族・経済)的な課題(ある・ない) 退院後の生活イメージは明確か	共通	①退院に関する本人の動機を確認する(退院先や生活のイメージなど) ②退院に関する環境条件を整理する(社会的要因について情報収集) ③退院に関する動機付け(不安への対処や当事者に話を聞くなど) ④退院後の生活について検討する(利用するサービスなど) ⑤退院計画～退院後の支援体制について説明(各職種の役割や分担についても)	Dr.Ns.PSW
3 退院計画進行(家族)		家族の動機と役割分担	家族に自宅退院可否を聞く GHへの退院の許可を求める 家族に協力を依頼する PSWの役割について家族に説明 病院スタッフと家族の連絡 今後の支援について家族に説明	退院に対する動機(低い・高い) 退院に対する不安(ある・ない) 退院活動への協力(可・不可) 地域生活の支援(可・不可)	共通(家族あれば)	①退院に関する家族の動機を確認する(退院先や生活のイメージなど) ②退院に関する環境条件を整理する(社会的要因について情報収集) ③退院に関する動機付け(不安への対処や当事者に話を聞くなど) ④退院後の生活について検討する(利用するサービスなど) ⑤退院計画～退院後の支援体制について説明(各職種の役割や分担についても)	家族、Dr.Ns.PSW

4 行動範囲	行動範囲の拡大(病棟外へ)	院内～院外への外出 単独 or 集団 or スタッフ同伴	院内の単独外出 PSW同伴で外出 グループ外出 院内行事への参加 病院近所への買い物外出 市役所への外出訓練	現在の行動範囲(院内・徒歩圏内・交通機関使用圏) 行動単位(単独・単独以外)	共通	※場所×グループ・病院スタッフ同伴・単独 ①院内 ②病院周辺 ③市役所や居住予定地など	家族、PSW、Ns、地域スタッフ(居住予定GHの職員など)
	退院後利用するサービス検討	施設見学・参加	生活訓練施設を見学 地域生活支援センターを見学・通所 作業所を見学・通所 ショートステイ見学 介護士のOTプログラムに参加 グループホームの夕食会に参加 グループホーム近くの作業所を見学 女性更生施設見学 市役所見学 地域保健師との関係作り 地域資源スタッフとの関係作り	利用可能なサービスを知っているか 特に利用を希望しているサービスがあるか 利用するとよとえられるサービスは何か 退院予定地で利用可能な範囲にあるか	共通	①見学する ②夕食会等の行事に試験的に参加する ③試験的通所を行う ④退院後利用するかどうか検討 ⑤地域スタッフとの連絡	家族、PSW、Ns、地域スタッフ(居住予定GHの職員など)
	試泊	試験外泊(1泊～増やす)	試験外泊(自宅・アパート・介護施設・GHなど)	病院外での宿泊について必要なサポートは何か 試験外泊が可能な場所があるか	共通	①試験外泊の計画を立てる ②外泊を実行する ③計画を評価する	家族、PSW、Ns、地域スタッフ(居住予定GHの職員など)、Dr、Ns
5 疾病・健康管理領域	医療的ケア	定期検査 症状評価(研究?)	採血(検査目的)? 定期検査 症状評価(BPRS) 自殺リスク評価 知能テスト(WAIS-R)	地域生活を困難にする症状はあるか 自殺企図の既往があるか 知能テストは就労検討の場合?	共通	①合併症のチェック(身体的検査) ②自殺リスク評価 ③知能テスト	Ns
	作業療法	OT動機付け	OTを勧める・OTに参加	日中の活動がない 対人関係がない	共通		
	服薬管理指導	自己管理への段階的移行(自分でセットすることから) 規則的服薬を補助するための道具(ケース、手帳、カレンダー)の導入	自己管理を一部開始→全部自己管理薬のセット 薬に関する考え方をNsからPtに確認 服薬の必要性についてDrからPtに話す 自己管理開始(1週間分のセットから)Nsと最初は一緒に確認 薬セットケースや服薬手帳の導入	現在服薬は自己管理しているか 服薬についてどのように考えているか(中断のリスクがあるか・処方を変える必要があるか)	共通	①服薬に関する考え方をPtに確認する(必要性の認識、飲みやすさなど) ②薬物治療に関するセッション(薬の効果や副作用、主治医との相談法など) ③自己管理の計画を立てる(管理のスパン、準備の仕方、用いるツール) ④実行する ⑤退院後の生活環境とあわせ必要な支援があれば手配する	Ns、Dr
	疾患管理教育(心理教育)	退院プログラム中(投薬・通院・ストレス管理・注意サイン)	退院プログラムを参考にひまわりを参考に患者同士のグループに参加し疾患について理解 注意サインのチェックを行う	ストレス管理や注意サインなど疾患のコントロールに必要な活動が理解されているか?	共通	①症状の理解 ②注意サインの理解 ③注意サインのモニター	Ns、Dr
	身体面も含めた健康管理	身体疾患の管理 地域Drへの紹介	退院プログラムを参考に自分で血糖チェックできるように練習 糖尿病の外来に通院するようDrより話す 歯科治療 退院後に通う内科医に情報提供	継続的管理が必要な身体疾患があるか? 入院中に治療しておくべき身体疾患があるか?	個別	①血糖チェックや体重管理 ②内科医等へのrefer	Dr、Ns
6 生活内容領域(日常生活能力)	食事(栄養指導)	カロリーコントロール目的での栄養指導	OTで調理導入 食生活に関する話し合い カロリーコントロールの方法伝達	退院後の食生活についてどのように考えているか? 糖尿病や体重のコントロールなど、食生活について特別な配慮が必要か?	個別	①退院してからの食生活に関する話し合い ②必要な調理の導入 ③栄養指導により食生活の工夫を話し合う	Dr、Ns、栄養士
	金銭管理・金融機関利用	ATMの利用訓練 小遣いの管理	金銭自己管理(週単位) 小遣いの導入	現在金銭を自己管理しているか? 成年後見制度などの利用は必要か?	個別	①退院してからの金銭管理に関する話し合い ②自己管理の計画を立てる(管理のスパン、準備の仕方、用いるツール) ③自己管理を行う	Ns、家族
	掃除洗濯	入浴の促し	入浴セルフケアに関する指導・介助(Ns) 掃除・洗濯についてはほとんど記録がないが清潔保持に関するNs記述多い	退院後の地域生活を困難にするような清潔保持の問題があるか?	個別	①地域生活を困難にするような清潔保持の問題について、病院での介入が可能なのかどうかを検討 ②困難な場合、どのような対処法(地域でのサポートなど)が可能か検討する→1へ ③可能性がある場合、行動変容のための計画を立てる	Ns、家族
	規則遵守	病棟内ルールの遵守	病棟生活のルール(金銭や物のやり取り、異性間の接触など)を守ることは重要視されていて記述が多い。地域生活への移行がどの程度意識されているかは不明。	退院後居住先における規則遵守が困難だと推測されるような行動の問題が現在あるか?	個別	①地域生活の継続を困難にするような行動について、病院での介入が可能なのかどうかを検討 ②困難な場合、どのような対処法(地域でのサポートなど)が可能か検討する→1へ ③可能性がある場合、行動変容のための計画を立てる	Dr、Ns
	交通機関の利用	退院先が決まってから、通院や買い物に必要な手段を練習	自転車に乗る訓練 介護施設への通所(バス)を家族と練習 タクシー利用の練習	退院後想定される行動範囲において必要な移動手段を判断して使うことができるか?	個別	①退院後の行動範囲において、必要な移動手段を判断して使うことができるかどうか、本人の要望も合わせて検討する ②実際に利用して練習する	家族、PSW、Cp
7 生活基盤領域	退院先(住居)探し	家を探す、保証人を決める、契約する	保証人を決める 実際に家を探す 保証人書類・契約 施設申し込み 大家との連絡・交渉 空きのある施設について調べる	退院後の居住先が決まっているか?	共通	①不動産屋に行く・施設に見学に行く・空きを確認 ②家を探す ③申し込み・保証人等整え、契約する	家族、PSW
	退院先(住居)整備	買い物など	必要な物を購入 下見をする	退院後の居住先において必要な生活用品が揃っているか?	個別	①生活に必要なものを検討する ②調達計画を立てる ③調達する	家族、PSW、地域スタッフ(GHスタッフなど)
	サービス利用関連(公的制度的利用支援を含む)	住民票申請、手帳申請、要介護認定、障害程度区分認定	住民票の再申請 精神障害者保健福祉手帳の申請 要介護認定 障害程度区分の認定をグループホームで受ける 自立支援医療について	精神障害者保健福祉手帳を申請するか? 自立支援医療を利用するか? 自立支援制度(介護給付・訓練等給付)を利用するか? 介護保険サービスを利用するか?	共通	①制度説明 ②申請するかどうか決める ③必要書類を揃える ④申請する	家族、PSW、地域スタッフ(GHでの障害区分判定など)
	経済関連(公的制度的利用支援を含む)	生活保護申請、障害者年金申請、財産処分	入院前・現在・退院後の経済状況について確認 不動産店長・司法書士・PSW・Dr・本人で資産売却・管理相談 不動産売却 借金や未払い金の返済手続き PSW・司法書士・医師が後見人申し立てについて話し合う 司法書士が財産管理人に選定される 障害者年金の申請についてPSWとDrが相談 福祉事務所との連絡(生活保護) 生活保護の申請 本人への説明	入院前・入院中の経済問題は解決されているか 退院後の経済基盤は確立されているか? 財産処分・財産管理人の選定が必要か? 成年後見制度の利用が必要か?	共通	①入院前・現在・退院後の経済状況について確認(不動産、預貯金等、生保や障害年金の受給有無) ②受給資格を確認する ③制度についての説明 ④申請するかどうか決める ⑤必要書類を揃える ⑥申請する  財産処分・管理 ⑦援助が必要か検討する ⑧専門家をアレンジする	家族、PSW、福祉担当、弁護士、司法書士、不動産屋



附表 5 入院記録に含まれた活動の内容とその領域

ID	退院先	入院期間	入院形態	3退院計			4行動範囲			5疾病・健康管理領域					
				1退院計 画(統合)	2退院計 画(本人)	3退院計 画(家族)	行動範囲 の拡大(病 棟外へ)	退院後利 用する サービス 検討	試泊	医療的ケ ア	作業療法	服薬管理 指導	疾患管理 教育(心理 教育)	身体面も 含めた健 康管理	
1901	援護寮	3年7ヶ月	措置	1	1	1	1	1				1			
1903	単身アパート	6年3ヶ月	措置	1	1	1		1	1				1		1
1904	単身アパート	5年0ヶ月	任意	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1905	自宅	3年9ヶ月	任意	1	1	1	1	1	1			1	1		
1906	その他施設	2年4ヶ月	措置	1	1	1		1				1	1		
1908	単身アパート	6年1ヶ月	医療保護	1	1	1	1	1	1			1	1		
1910	援護寮	26年6ヶ月	任意	1	1	1	1	1	1			1	1		
1911	単身アパート	6年11ヶ月	医療保護	1	1	1		1	1			1	1		
1912	単身アパート	4年10ヶ月	医療保護	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1914	自宅	8年2ヶ月	医療保護	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1917	単身アパート	2年0ヶ月	任意	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1920	GH	3年5ヶ月	医療保護	1	1	1	1	1	1			1	1		
1922	GH	43年3ヶ月	*	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1924	その他施設	1年1ヶ月	措置	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1927	単身アパート	6年1ヶ月	措置	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1928	援護寮	3年11ヶ月	措置	1	1	1	1	1	1			1	1		1
1929	救護施設	9年6ヶ月	措置	1	1	1	1	1	1			1	1		1
			TOTAL	17	17	14	14	14	14	12	3	15	15	10	2

17名中10名以上について行われていたものを青く色づけした。

附表 6 入院記録に含まれた活動の内容とその領域(続き)

ID	退院先	入院期間	入院形態	6 生活内容領域(日常生活能力)						7 生活基礎領域						
				食事(栄養指導)	金銭管理・金融機関利用	掃除洗濯	責任	規則遵守	交際	会話	交通機関の利用	退院先(住居)探し	退院先(住居)整備	サービス利用関連(公的利用支援を含む)	経済関連(公的利用支援を含む)	
1901	援護寮	3年7ヶ月	措置	1		1							1		1	
1903	単身アパート	6年3ヶ月	措置										1	1	1	
1904	単身アパート	5年0ヶ月	任意	1									1	1	1	
1905	自宅	3年9ヶ月	任意												1	
1906	その他施設	2年4ヶ月	措置					1					1			
1908	単身アパート	6年1ヶ月	医療保護										1	1	1	
1910	援護寮	26年6ヶ月	任意		1								1	1	1	
1911	単身アパート	6年11ヶ月	医療保護										1	1	1	
1912	単身アパート	4年10ヶ月	医療保護	1									1	1	1	
1914	自宅	8年2ヶ月	医療保護												1	
1917	単身アパート	2年0ヶ月	任意			1							1	1	1	
1920	GH	3年5ヶ月	医療保護	1									1	1	1	
1922	GH	43年3ヶ月	*										1	1	1	
1924	その他施設	1年1ヶ月	措置	1		1							1	1	1	
1927	単身アパート	6年1ヶ月	措置												1	
1928	援護寮	3年11ヶ月	措置			1							1	1	1	
1929	救護施設	9年6ヶ月	措置	1		1							1	1	1	
	TOTAL			6	6	6	1	0	1	0	0	0	4	16	5	10
																11



附表 7 退院支援活動とその行われる時期

領域	テーマ	主な内容	状況確認・目標設定期	地域探索期	地域移行期
1 (統合) 退院計画		①本人の状態や意向、家族も含めた要因を検討して退院先を検討する。			
		②課題を整理し、重点課題を設定する			
		③退院時期の目標を設定する。			
2 (本人) 退院計画	退院に関する合意形成と体制作り、計画策定と進捗管理	④必要な院内・院外体制を整える(関与する人を招集する)			
		⑤退院後も含めた役割分担を行う			
		⑥進捗を管理し計画を見直す			
		①退院に関する本人の動機を確認する(退院先や生活のイメージなど)			
		②退院に関する環境条件を整理する(社会経済的要因について情報収集)			
3 (家族) 退院計画		③退院に関する動機付け(不安への対処や当事者に話を聞くなど)			
		④退院後の生活について検討する(利用するサービスなど)			
		⑤退院計画～退院後の支援体制について説明(各職種の役割や分担)			
		①退院に関する家族の動機を確認する(退院先や生活のイメージなど)			
		②退院に関する環境条件を整理する(社会経済的要因について情報収集)			
4 行動範囲	行動範囲の拡大(集団・同伴・単独との組み合わせ)	①院内 ②病院周辺 ③市役所や居住予定地など			
	退院後利用するサービス検討	①見学する ②夕食会等の行事に試験的に参加する ③試験的通所を行う ④退院後利用するかどうか検討 ⑤地域スタッフとの連絡			
	試泊	①試験外泊の計画を立てる ②外泊を実行する ③計画を評価する			
5 疾病・健康管理領域	医療的ケア	①合併症のチェック(身体的検査) ②自殺リスク評価 ③知能テスト			
	作業療法	OTに参加する			
	服薬管理指導	①服薬に関する考え方をPtに確認する(必要性の認識、飲みやすさなど) ②薬物治療に関するセッション(薬の効果や副作用、主治医との相談法など) ③自己管理の計画を立てる(管理のスパン、準備の仕方、用いるツール) ④実行する ⑤退院後の生活環境とあわせ必要な支援があれば手配する			
	疾患管理教育(心理教育)	①症状の理解 ②注意サインの理解 ③注意サインのモニター			
	身体面も含めた健康管理	①血糖チェックや体重管理 ②内科医等へのrefer			
6 生活内容領域(日常生活能力)	食事(栄養指導)	①退院してからの食生活に関する話し合い ②必要なら調理の導入 ③栄養指導により食生活の工夫を話し合う			
	金銭管理・金融機関利用	①退院してからの金銭管理に関する話し合い ②自己管理の計画を立てる(管理のスパン、準備の仕方、用いるツール) ③自己管理を行う			
	掃除洗濯	①地域生活を困難にするような清潔保持の問題について、病院での介入が可能なものかどうかを検討 ②困難な場合、どのような対処法(地域でのサポートなど)が可能か検討する →1の退院計画に取り入れる ③可能性がある場合、行動変容のための計画を立てる			
	規則遵守	①地域生活を困難にするような行動について、病院での介入が可能なものかどうかを検討 ②困難な場合、どのような対処法(地域でのサポートなど)が可能か検討する →1の退院計画に取り入れる ③可能性がある場合、行動変容のための計画を立てる			
	交通機関の利用	①退院後の行動範囲において、必要な移動手段を判断して使うことができるかどうか、本人の要望も合わせて検討する ②実際に利用して練習する			
7 生活基盤領域	退院先(住居)探し	①不動産屋に行く・施設に見学に行く・空きを確認 ②家を探す ③申し込み・保証人等整え、契約する			
	退院先(住居)整備	①生活に必要なものを検討する ②調達計画を立てる ③調達する			
	サービス利用関連(公的制度の利用支援を含む)	①制度説明 ②申請するかどうか決める ③必要書類を揃える ④申請する			
	経済関連(公的制度の利用支援を含む)	①入院前・現在・退院後の経済状況について確認(不動産、預貯金等、生保や障害年金の受給有無) ②障害年金・生活保護の受給資格を確認する ③障害年金・生活保護の制度についての説明 ④障害年金・生活保護を申請するかどうか決める ⑤障害年金・生活保護申請に必要な書類を揃える ⑥障害年金・生活保護を申請する ⑦財産処分・管理に関する援助が必要か検討する ⑧財産処分・管理に関する専門家をアレンジする			

当該時期に必ず実施  
 状況により実施  
 当該時期には実施しない



附表 8 退院計画表(各時期における情報整理)

状況確認・目標設定期

退院計画 (統合)	本人・家族との話を総合して、現時点でもっとも適当と考えられる退院先はどこか							
	退院先：							
	これから退院支援を行う上で関与する人、関与することが望ましい人を全て挙げる							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">名前</th> <th style="width: 30%;">本人との関係</th> <th style="width: 30%;">役割</th> <th style="width: 25%;">連絡先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	名前	本人との関係	役割	連絡先			
名前	本人との関係	役割	連絡先					
退院計画 (本人)	退院したいという気持ちを持っているか（持っていないとすれば考えられる理由）							
	退院後の生活（退院先・日中活動・家事など）について現段階でどのようなイメージを持っているか							
	① 退院先の住居はあるか②家族との関係は現状でどのようなになっているか							
退院計画 (家族)	退院に関する動機付けは必要か、またどのような方法で行うか							
	退院してほしいという気持ちを持っているか（持っていないとすれば考えられる理由）							
退院計画 (家族)								
	退院後の生活について現段階でどのようなイメージを持っているか							

退院計画 (家族)	① 退院先の住居はあるか ②本人との関係は現状でどのようになっているか
	退院に関する動機付けは必要か、またどのような方法で行うか
医療的ケア	継続的管理が必要な身体疾患はあるか
	自殺企図や自殺念慮が（過去も含め）存在するか、その他の理由で継続的な自殺リスクの評価が必要か
服薬管理指	現在本人は服薬について受け入れているか、どのような意味づけをしているか
掃除洗濯	地域生活を困難にするような清潔保持の問題があるか？またそれは介入が可能なものか
規則遵守	地域生活を困難にするような規則遵守の問題があるか？またそれは介入が可能なものか
経済関連	入院前・現在・退院後の経済状況について確認（不動産、預貯金等、生保や障害年金の受給有無）

地域探索期

行動範囲の拡大	現在の行動範囲はどこまでか（院内・病院周辺・病院から離れた場所） 単独・同伴・集団での行動範囲に違いがあるか（同伴や集団でなら遠くまで外出できるなど）
	行動範囲の拡大手法を検討する（行き先、目的、同伴者など）
討 退院後利用サービスの検	退院後利用することができる地域でのサービスの見学をアレンジする
	退院後利用することができる地域のサービスの行事への試験的参加をアレンジする
試 泊	試験外泊先、期間を計画する
の 交 通 機 関 利 用	交通機関の利用を練習する
退 院 先 ( 住 居 ) 探 し	住居を探すための計画を立てる（不動産屋に行く・施設の見学・面接を行うなど）
	実際に住居を探す