

平成 24 年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業

「高齢精神障害者の退院支援の推進に関する調査について」

報告書

高齢精神障害者の退院支援の推進に関する調査について
報告書

平成 25 年 3 月

公益社団法人
日本精神科病院協会

平成 25 年 3 月

公益社団法人 日本精神科病院協会

目 次

I. はじめに	3
II. 本研究の目的と効果	5
III. 実態調査	7
1. 医療機関	7
2. 入院患者調査	19
3. 退院患者調査	45
IV. 高齢入院患者 退院支援ガイドラインおよび協力病院における 退院支援の取り組みと意見交換	81
V. 国際生活機能分類(ICF)および簡易精神症状評価尺度(BPRS)を 利用した詳細調査	135
VI. おわりに	357
VII. 代表研究者、研究企画委員、研究協力者一覧	359
VIII. 巻末資料	361

はじめに

日本精神科病院協会 会長
サンピエール病院理事長 山崎學

精神科病院に入院している者のうち、65歳以上の入院患者が45.4%、うち5年以上の入院患者は39.7%となっている。背景としては、長期に入院している患者の高齢化による機能低下等が影響していると考えられる（平成19年精神・障害保健課調べ）。背景としては① i 精神症状そのものの改善がないこと、ii 服薬等退院後の再燃のリスクが高い②ADLやIADLなどの高齢化による機能低下等③社会資源や家族構成の変化による生活支援体制の脆弱さ④身体機能の低下などが影響していると考えられる（平成22年老人保健増進等事業）。

まず、平成22年に続いて、長期在院の患者の実態を把握すること、また、長期在院ののちに退院できた患者の状態や経緯などを知ることは必要と考える。そしてそれらの情報をもとに「高齢入院患者地域支援事業」をはじめ第3期障害福祉計画や障害者総合支援法に則り、院内多職種が退院支援に取り組み、その経験をもとに事例検討や意見交換を行い、極めて有用な情報の蓄積をおこなった。また、成果物として退院支援に取り組むその際に参考基準となるマニュアルの作成は有意義なことである。

さらに、本年度から精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会でも長期在院の患者の処遇についての議論が高まっているが、その中で議論される長期在院の「重度かつ慢性」や「慢性」患者の状態像を明らかにするのはそのサービスメニューや施設基準などの実際の処遇に際してのハード面の体制を考えるために重要な情報を提供するものである。

今回それに資するものとして国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：以下ICF）と簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale)のデータベース化を試みた。特にICFは翻訳されて10年以上が経過し、有用な情報を提供する国際的にスタンダードなものであることが分かっているが、1回1時間程度かかる煩雑さが災いして限定的な使用に留まっている。そのため、試みとして統計的手法を用いてグループ分けをおこない、その過程に貢献している因子を抽出して長期在院精神障害者版の作成を試みた。

II. 本研究の目的と効果

平成24年度から実施されている「高齢入院患者地域支援事業」をはじめ第3期障害福祉計画や障害者総合支援法に則り、平成24年度高齢長期入院患者を対象に、病院内の多職種と相談支援専門員や介護支援専門員といった地域の関係者が連携しつつ、退院支援を行う担当職員を配置し、地域移行に向けた支援を行うためにはまず、上記のような入院中の対象となる患者の個々の問題点について十分な吟味がなされ、院内の他職種によるその情報の共有と対応が第一段階で必要となる。その後、第二段階として地域の関係者との連携を行う必要がある。このような実際に退院支援にむけての情報の共有と連携の方法論や実態調査等で現状での問題点や改善の方向性を模索する。

事業の手法・内容

(1) 高齢入院患者の実態調査

下記(3)支援ガイドライン等の作成の基礎データとして、日精協会員病院を対象に統合失調症、認知症等の高齢入院患者の実態調査(在院期間、状態像等)を行う。

(2) 高齢入院患者の退院支援に係る実態調査

高齢入院患者の支援に係る精神科病院の取組事例について、人口バランスや地域的な条件を勘案し、10病院程度を選定する。

(3) 支援ガイドライン等の作成

①精神科病院の組織的な取組、②個々の支援事例、③支援職員の役割、④多職種連携のあり方、⑤退院前後の医療費や自立支援給付等のコスト、⑥退院後の福祉サービスの利用状況、⑦再入院率等についても勘案して作成し、対象となる患者の情報や状態の評価、院内連携の方法など精神科病院等の職員が活用できるガイドラインを作成する。

(4) 支援ガイドライン、退院支援パスの調査報告会の開催

具体的な事例報告を盛り込み、実践に生かせるよう、上記の7項目を主な議題として意見交換を行う。

(5) 国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; 以下ICF)を用いた詳細調査

(2)で選定した病院を含め、協力病院を選抜し、約50人程度のICFを用いた詳細な調査を行い、長期在院患者の状態像を把握する。

平成24年度 長期入院患者 実態調査(医療機関)

1. 回答者のお名前とご連絡先を入力してください。

会員番号			
病院名			
ふりがな		部署・役職	
担当者氏名			

2. 下記の問1～5に、平成24年9月1日現在でお答えください。

問1 開設主体について、選択をしてください。

- (1) 独立行政法人 (2) 都道府県立 (3) その他の公立
 (4) 医療法人 (5) 個人病院 (6) その他

問2 併設する施設・事業所について、選択をしてください。

- (1) 精神科デイケア (2) 精神科ショートケア (3) 精神科ナイトケア
 (4) 精神科デイナイトケア (5) 重度認知症患者デイケア (6) 通所リハビリテーション
 (7) 訪問介護 (8) 訪問看護(介護保険) (9) 認知症疾患医療センター
 (10) 訪問看護ステーション (11) 居宅介護(ホームヘルプ) (12) 生活介護事業
 (13) 生活訓練(通所型・宿泊型) (14) 就労移行支援 (15) 就労継続支援A型
 (16) 就労継続支援B型 (17) 共同生活介護(ケアホーム) (18) 共同生活援助(グループホーム)
 (19) 地域移行型ホーム (20) 短期入所(ショートステイ) (21) 相談支援事業
 (22) 移動支援事業 (23) 地域活動支援センター (24) 福祉ホーム
 (25) 介護老人保健施設 (26) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
 (27) 認知症対応型共同生活介護(認知症対応型グループホーム)

問3 届出をしている各病棟についてA(1)～(10)に選択・入力をしてください。
 入院料の区分があるものについては、該当するものを選択して下さい。
 また、B(1)～(28)について、該当するものを選択して下さい。

A. 入院基本料、特定入院料

病棟 入院料	病棟数 ※看護単位	病床数 ※届出 病床数	入院患者数(人)			
			計	65歳未満	65歳以上	5年以上
(1) 精神病棟入院基本料 1. 10 対 1 2. 13 対 1 3. 15 対 1 4. 18 対 1 5. 20 対 1 6. 特別						
(2) 精神科救急入院料 1. 入院料1 2. 入院料2						
(3) 精神科急性期治療病棟入院料 1. 入院料1 2. 入院料2						
(4) 精神科救急・合併症入院料						
(5) 児童・思春期精神科入院医療管理料						
(6) 精神療養病棟入院料 1. 重症者加算1 2. 退院調整加算						
(7) 認知症治療病棟入院料 1. 入院料 1 (a)退院調整加算 (b)夜間対応加算 2. 入院料 2 (a)退院調整加算 (b)夜間対応加算						
(8) 特殊疾患病棟入院料 2 (精神科)						
(9) 老人性認知症疾患療養病棟 (介護保険) I II III IV V						
(10) その他						

B. 入院基本料等加算

(1) 臨床研修病院入院診療加算 1. 基幹型 2. 協力型
(2) 救急医療管理加算
(3) 診療録管理体制加算
(4) 医師事務作業補助体制加算 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6 7. 7 8. 8
(5) 特殊疾患入院施設管理加算
(6) 看護配置加算
(7) 看護補助加算 1. 1 2. 2 3. 3
(8) 地域加算 1. 1級地 2. 2級地 3. 3級地 4. 4級地 5. 5級地 6. 6級地
(9) 離島加算
(10) 療養環境加算
(11) 精神科応急入院施設管理加算
(12) 精神病棟入院時医学管理加算
(13) 精神科地域移行実施加算

(14) 精神科身体合併症管理加算
(15) 強度行動障害入院医療管理加算
(16) 重度アルコール依存症入院医療管理加算
(17) 摂食障害入院医療管理加算
(18) 医療安全対策加算 1. 加算1 2. 加算2
(19) 感染防止対策加算 1. 加算1 (感染防止対策地域連携加算) 2. 加算2
(20) 患者サポート体制充実加算
(21) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
(22) 退院調整加算
(23) 救急搬送患者地域連携受入加算
(24) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
(25) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
(26) 後発医薬品使用体制加算
(27) 病棟薬剤業務実施加算
(28) データ提出加算

問4 院内での多職種連携についてお答え下さい。

(1) 退院支援に関するクリニカルパス等の使用はしていますか？

1. している 2. していない

(2) 退院支援において、連携している職種をお答え下さい。

- (a) 医師 (b) 看護師 (c) 薬剤師 (d) 管理栄養士
(e) 作業療法士 (f) 精神保健福祉士 (g) 臨床心理士 (h) その他

問5 地域連携についてお答え下さい。

(1) 退院支援についてどんな地域の関係機関と連携をしていますか？

- (a) 他の医療機関
- (b) 訪問看護ステーション等
- (c) 居宅介護支援事業所
- (d) 地域包括支援センター
- (e) 介護保険サービス事業所
- (f) 相談支援事業所
- (g) 障害福祉サービス事業所
- (h) 市町村等行政機関
- (i) その他

(2) 具体的な方法についてお答え下さい。

- (a) 直接連絡している
- (b) 院内カンファレンス等に参加を依頼している
- (c) 地域連携室を設置している
- (d) 地域ケア会議等に参加している
- (e) 自立支援協議会等に参加している
- (f) その他

2. 下記の問1～5に、平成24年9月1日現在でお答えください。

問1 開設主体について、選択をしてください

開設主体	件数
(1) 独立行政法人	1
(2) 都道府県立	0
(3) その他の公立	1
(4) 医療法人	319
(5) 個人病院	11
(6) その他	32
合計	364

問2 併設する施設・事業所

併設する施設・事業所	(複数回答)	
	件数	割合
(1) 精神科デイケア	282	18.1%
(2) 精神科ショートケア	210	13.5%
(3) 精神科ナイトケア	39	2.5%
(4) 精神科デイナイトケア	99	6.4%
(5) 重度認知症患者デイケア	48	3.1%
(6) 通所リハビリテーション	36	2.3%
(7) 訪問介護	47	3.0%
(8) 訪問看護(介護保険)	32	2.1%
(9) 認知症疾患医療センター	37	2.4%
(10) 訪問看護ステーション	59	3.8%
(11) 居宅介護(ホームヘルプ)	31	2.0%
(12) 生活介護事業	5	0.3%
(13) 生活訓練(通所型・宿泊型)	53	3.4%
(14) 就労移行支援	26	1.7%
(15) 就労継続支援A型	7	0.5%
(16) 就労継続支援B型	44	2.8%
(17) 共同生活介護(ケアホーム)	40	2.6%
(18) 共同生活援助(グループホーム)	140	9.0%
(19) 地域移行型ホーム	4	0.3%
(20) 短期入所(ショートステイ)	39	2.5%
(21) 相談支援事業	67	4.3%
(22) 移動支援事業	4	0.3%
(23) 地域活動支援センター	63	4.1%
(24) 福祉ホーム	13	0.8%
(25) 介護老人保健施設	84	5.4%
(26) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	14	0.9%
(27) 認知症対応型共同生活介護(認知症対応型グループホーム)	31	2.0%
合計	1,554	100.0%

問2 併設する施設・事業所 件数

併設件数	件
0	38
1	41
2	69
3	41
4	32
5	29
6	27
7	22
8	23
9	8
10	10
11	8
12	3
13	8
14	0
15	2
16	2
17	1
合計	364

問3 届出をしている各病棟についてA (1)～(10)に選択・入力をしてください。
 入院料の区分があるものについては、該当するものを選択して下さい。
 また、B (1)～(28)について、該当するものを選択して下さい。

(複数回答)

届出	件数	割合
(1) 精神病棟入院基本料	316	35.5%
(2) 精神科救急入院料	30	3.4%
(3) 精神科急性期治療病棟入院料	99	11.1%
(4) 精神科救急・合併症入院料	0	0.0%
(5) 児童・思春期精神科入院医療管理料	3	0.3%
(6) 精神療養病棟入院料	270	30.4%
(7) 認知症治療病棟入院料	137	15.4%
(8) 特殊疾患病棟入院料2 (精神科)	16	1.8%
(9) 老人性認知症疾患療養病棟 (介護保険)	6	0.7%
(10) その他	12	1.3%
合計	889	100.0%

問3 A. 入院基本料、特定入院料

(1) 精神病棟入院基本料

入院料区分	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)			
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満	65歳以上	5年以上
1. 10 対 1	3	7	361	120	52	328	137 (41.8%)	191 (58.2%)	114 (34.8%)
2. 13 対 1	5	10	515	103	52	452	296 (65.5%)	157 (34.7%)	143 (31.6%)
3. 15 対 1	289	924	36,804	127	40	33,431	17,806 (53.3%)	14,874 (44.5%)	11,925 (35.7%)
4. 18 対 1	10	231	1,730	173	7	1,490	702 (47.1%)	788 (52.9%)	737 (49.5%)
5. 20 対 1	6	9	574	96	64	498	201 (40.4%)	181 (36.3%)	234 (47.0%)
6. 特別	3	6	373	124	62	328	172 (52.4%)	156 (47.6%)	166 (50.6%)
合計	316	1,187	40,357	128	34	36,527	19,314 (52.9%)	16,347 (44.8%)	13,319 (36.5%)

(2) 精神科救急入院料

入院料区分	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)			
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満	65歳以上	5年以上
1. 入院料 1	28	32	1,545	55	48	1,392	951 (68.3%)	441 (31.7%)	5 (0.4%)
2. 入院料 2	2	3	150	75	50	133	81 (60.9%)	52 (39.1%)	1 (0.8%)
合計	30	35	1,695	57	48	1,525	1,032 (67.7%)	493 (32.3%)	6 (0.4%)

(3) 精神科急性期治療病棟入院料

入院料区分	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)			
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満	65歳以上	5年以上
1. 入院料 1	96	100	4,749	49	47	4,150	2,864 (69.0%)	1,255 (30.2%)	149 (3.6%)
2. 入院料 2	3	3	168	56	56	139	90 (64.7%)	49 (35.3%)	10 (7.2%)
合計	99	103	4,917	50	48	4,289	2,954 (68.9%)	1,304 (30.4%)	159 (3.7%)

(4) 精神科救急・合併症入院料

	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)			
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満	65歳以上	5年以上
	0	0	0			0	0	0	0
合計	0	0	0			0	0	0	0

(5) 児童・思春期精神科入院医療管理料

	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)			
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満	65歳以上	5年以上
	3	3	90	30	30	60	60 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
合計	3	3	90	30	30	60	60 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(6) 精神療養病棟入院料

入院料区分 1. 重症者 加算1	2. 退院調整 加算	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)			
				計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満	65歳以上	5年以上
		35	78	4,198	120	54	4,097	1,814 (44.3%)	2,281 (55.7%)	1,912 (46.7%)
	○	13	24	1,311	101	55	1,243	598 (48.1%)	645 (51.9%)	650 (52.3%)
○		157	400	19,632	125	49	19,138	9,604 (50.2%)	9,290 (48.5%)	9,970 (52.1%)
○	○	65	155	8,618	133	56	8,169	4,224 (51.7%)	3,852 (47.2%)	3,824 (46.8%)
合計		270	657	33,759	125	51	32,647	16,240 (49.7%)	16,068 (49.2%)	16,356 (50.1%)

(7) 認知症治療病棟入院料

1. 入院料1

1. 入院料1 (a)退院調整 (b)夜間対応 加算	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)						
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満		65歳以上		5年以上	
	61	125	4,390	72	35	4,185	371	(8.9%)	3,721	(88.9%)	909	(21.7%)
○	15	17	908	61	53	877	54	(6.2%)	823	(93.8%)	187	(21.3%)
○	31	39	1,992	64	51	1,852	153	(8.3%)	1,643	(88.7%)	355	(19.2%)
○	27	32	1,635	61	51	1,500	231	(15.4%)	1,259	(83.9%)	266	(17.7%)
合計	134	213	8,925	67	42	8,414	809	(9.6%)	7,446	(88.5%)	1,717	(20.4%)

2. 入院料2

2. 入院料2 (a)退院調整 (b)夜間対応 加算	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)						
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満		65歳以上		5年以上	
	2	2	120	60	60	116	6	(5.2%)	110	(94.8%)	28	(24.1%)
○	1	1	50	50	50	49	1	(2.0%)	48	(98.0%)	5	(10.2%)
○	0	0	0			0	0		0		0	
○	0	0	0			0	0		0		0	
合計	3	3	170	57	57	165	7	(4.2%)	158	(95.8%)	33	(20.0%)

(8) 特殊疾患病棟入院料2 (精神科)

	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)						
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満		65歳以上		5年以上	
	16	26	1,395	87	54	1,289	182	(14.1%)	1,107	(85.9%)	434	(33.7%)
合計	16	26	1,395	87	54	1,289	182	(14.1%)	1,107	(85.9%)	434	(33.7%)

(9) 老人性認知症疾患療養病棟 (介護保険)

入院料区分	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)						
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満		65歳以上		5年以上	
I	1	1	60	60	60	58	3	(5.2%)	55	(94.8%)	12	(20.7%)
II	3	3	146	49	49	125	10	(8.0%)	115	(92.0%)	17	(13.6%)
III	0	0	0			0	0		0		0	
IV	0	0	0			0	0		0		0	
V	2	2	82	41	41	77	5	(6.5%)	72	(93.5%)	11	(14.3%)
合計	6	6	288	48	48	260	18	(6.9%)	242	(93.1%)	40	(15.4%)

(10) その他

	病院数	病棟数 (看護単位)	病床数			入院患者数(人)						
			計	平均/病院	平均/病棟	計	65歳未満		65歳以上		5年以上	
	12	19	882	74	46	673	81	(12.0%)	592	(88.0%)	55	(8.2%)
合計	12	19	882	74	46	673	81	(12.0%)	592	(88.0%)	55	(8.2%)

問3 B. 入院基本料等加算

(複数回答)

入院基本料等加算	件数	割合
(1) 臨床研修病院入院診療加算	36	1.7%
(2) 救急医療管理加算	116	5.5%
(3) 診療録管理体制加算	39	1.9%
(4) 医師事務作業補助体制加算	8	0.4%
(5) 特殊疾患入院施設管理加算	12	0.6%
(6) 看護配置加算	156	7.4%
(7) 看護補助加算	297	14.2%
(8) 地域加算	134	6.4%
(9) 離島加算	0	0.0%
(10) 療養環境加算	96	4.6%
(11) 精神科応急入院施設管理加算	92	4.4%
(12) 精神病棟入院時医学管理加算	48	2.3%
(13) 精神科地域移行実施加算	113	5.4%
(14) 精神科身体合併症管理加算	222	10.6%
(15) 強度行動障害入院医療管理加算	3	0.1%
(16) 重度アルコール依存症入院医療管理加算	67	3.2%
(17) 摂食障害入院医療管理加算	6	0.3%
(18) 医療安全対策加算	74	3.5%
(19) 感染防止対策加算	40	1.9%
(20) 患者サポート体制充実加算	75	3.6%
(21) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	2	0.1%
(22) 退院調整加算	55	2.6%
(23) 救急搬送患者地域連携受入加算	111	5.3%
(24) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	38	1.8%
(25) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	148	7.1%
(26) 後発医薬品使用体制加算	98	4.7%
(27) 病棟薬剤業務実施加算	5	0.2%
(28) データ提出加算	3	0.1%
合計	2,094	100.0%

(1) 臨床研修病院入院診療加算

入院基本料等加算 (1)臨床研修病院入院診療加算	件数	割合
1. 基幹型	2	5.6%
2. 協力型	34	94.4%
合計	36	100.0%

(4) 医師事務作業補助体制加算

入院基本料等加算 (4)医師事務作業補助体制加算	件数	割合
1. 1	1	12.5%
2. 2	0	0.0%
3. 3	2	25.0%
4. 4	0	0.0%
5. 5	2	25.0%
6. 6	3	37.5%
7. 7	0	0.0%
8. 8	0	0.0%
合計	8	100.0%

(7)看護補助加算

入院基本料等加算 (7)看護補助加算	件数	割合
1. 1	142	47.8%
2. 2	131	44.1%
3. 3	24	8.1%
合計	297	100.0%

(8)地域加算

入院基本料等加算 (8)地域加算	件数	割合
1. 1級地	3	2.4%
2. 2級地	7	5.7%
3. 3級地	21	17.1%
4. 4級地	27	22.0%
5. 5級地	19	15.4%
6. 6級地	46	37.4%
合計	123	100.0%

(18)医療安全対策加算

入院基本料等加算 (18)医療安全対策加算	件数	割合
1. 加算1	20	27.0%
2. 加算2	54	73.0%
合計	74	100.0%

(19)感染防止対策加算

入院基本料等加算 (19)感染防止対策加算	件数	割合
1. 加算1 感染防止対策地域連携加算 あり	4	10.0%
感染防止対策地域連携加算 なし	1	2.5%
2. 加算2	35	87.5%
合計	40	100.0%

問4 院内での多職種連携についてお答え下さい。

(1) 退院支援に関してのクリニカルパス等の使用はしていますか？

クリニカルパスの使用	件数	割合
1. している	86	23.6%
2. していない	278	76.4%
合計	364	100.0%

(2) 退院支援において、連携している職種をお答え下さい。

(複数回答)

連携している職種	件数	割合
(a) 医師	342	18.2%
(b) 看護師	345	18.4%
(c) 薬剤師	189	10.1%
(d) 管理栄養士	172	9.2%
(e) 作業療法士	257	13.7%
(f) 精神保健福祉士	352	18.8%
(g) 臨床心理士	169	9.0%
(h) その他	48	2.6%
合計	1,874	100.0%

問5 地域連携についてお答え下さい。

(1) 退院支援についてどんな地域の関係機関と連携をしていますか？

(複数回答)

地域の関係機関との連携	件数	割合
(a) 他の医療機関	288	13.7%
(b) 訪問看護ステーション等	189	9.0%
(c) 居宅介護支援事業所	253	12.0%
(d) 地域包括支援センター	272	13.0%
(e) 介護保険サービス事業所	242	11.5%
(f) 相談支援事業所	234	11.1%
(g) 障害福祉サービス事業所	261	12.4%
(h) 市町村等行政機関	319	15.2%
(i) その他	42	2.0%
合計	2,100	100.0%

(2) 具体的な方法についてお答え下さい。

(複数回答)

地域の関係機関との連携方法	件数	割合
(a) 直接連絡している	338	29.6%
(b) 院内カンファレンス等に参加を依頼している	206	18.0%
(c) 地域連携室を設置している	167	14.6%
(d) 地域ケア会議等に参加している	225	19.7%
(e) 自立支援協議会等に参加している	170	14.9%
(f) その他	36	3.2%
合計	1,142	100.0%

平成24年度 長期入院患者 実態調査(入院患者)

◇ 平成24年9月1日現在、下記①②③の全てに該当する患者についてご回答ください。

① 入院5年以上 ② 認知症を除く ③ 誕生月が、3月・6月・9月・12月

会員番号		患者票の連番号	
------	--	---------	--

I. 以下の01～16について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

01 年齢	1. 20歳未満 4. 40歳以上50歳未満 7. 65歳以上70歳未満 10. 80歳以上	2. 20歳以上30歳未満 5. 50歳以上60歳未満 8. 70歳以上75歳未満	3. 30歳以上40歳未満 6. 60歳以上65歳未満 9. 75歳以上80歳未満
02 主病名	1. F0(認知症を除く) 6. F5	2. F1 7. F6	3. F2 8. F7 4. F3 5. F4
03 性別	1. 男	2. 女	
04 保険区分	1. 社保本人 5. 国保退職家族	2. 社保家族 6. 生保	3. 国保一般 7. 後期高齢 4. 国保退職本人 8. その他
05 介護度	[実際] 1. 非該当 4. 要介護1 7. 要介護4 [予測] 9-1. 非該当 9-4. 要介護1 9-7. 要介護4	2. 要支援1 5. 要介護2 8. 要介護5 9-2. 要支援1 9-5. 要介護2 9-8. 要介護5	3. 要支援2 6. 要介護3 9. 未申請 9-3. 要支援2 9-6. 要介護3
06 障害者程度区分	[実際] 1. 非該当 5. 区分4 [予測] 8-1. 非該当 8-5. 区分4	2. 区分1 6. 区分5 8-2. 区分1 8-6. 区分5	3. 区分2 7. 区分6 8-3. 区分2 8-7. 区分6 4. 区分3 8. 未申請 8-4. 区分3
07 障害者手帳	1. 手帳あり (1) 身体障害 (2) 知的障害 (3) 精神障害	2. 未所持 (a) 1級 (a) A (a) 1級	3. 不明 (b) 2級 (b) A1 (b) 2級 (c) 3級 (c) A2 (c) 3級 (d) 4級 (d) B1 (e) 5級 (e) B2
08 本人の収入	1. あり (1) 所得 (2-1) 基礎年金 (2-2) 厚生年金 (2-3) 共済年金	2. なし (2) 公的年金 (a) 老齢基礎年金 (a) 老齢厚生年金 (a) 退職共済年金	(3) 生活保護 (b) 障害基礎年金 (b) 障害厚生年金 (b) 障害共済年金 (c) 遺族基礎年金 (c) 遺族厚生年金 (c) 遺族共済年金

09 GAF	1. 100-91 2. 90-81 3. 80-71 4. 70-61 5. 60-51 6. 50-41 7. 40-31 8. 30-21 9. 20-11 10. 10-1 11. 0	
10 精神症状・ 能力障害二軸評価 (日精協版)	精神症状評価 [1 2 3 4 5 6]	
	日常生活能力評価 [1 2 3 4 5]	
	生活障害評価 1. 食事 [1 2 3 4 5]	
	2. 生活リズム [1 2 3 4 5] 3. 保清 [1 2 3 4 5] 4. 金銭管理 [1 2 3 4 5] 5. 服薬管理 [1 2 3 4 5] 6. 対人関係 [1 2 3 4 5] 7. 社会的適応を妨げる行動 [1 2 3 4 5]	
11 ADL	1. 移動 [0 1 2 3 4 5 6] 2. 移乗 [0 1 2 3 4 5 6] 3. 食事 [0 1 2 3 4 5 6] 4. 整容 [0 1 2 3 4 5 6] 5. 更衣 [0 1 2 3 4 5 6] 6. トイレの使用 [0 1 2 3 4 5 6] 7. 清拭 [0 1 2 3 4 5 6]	
ADL区分	ADL得点	※ ADLの支援レベル
1	0～7	0：自立 (手助け、準備、観察は不要。または、1～2回のみ)
2	8～14	1：準備のみ (ものや道具を患者の手に届く範囲に置くことが3回以上)
3	15～21	2：観察 (見守り、励まし、誘導が3回以上)
4	22～28	3：部分的な援助(動作の大部分<50%以上>は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重<身体>を支えない援助を3回以上)
5	29～35	4：広範な援助 (動作の大部分<50%以上>は自分でできるが、体重を支える援助<たとえば、四肢や体幹の重みを支える>を3回以上)
6	36～42	5：最大の援助 (動作の一部<50%未満>しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上)
		6：全面依存 (まる3日間すべての面で他者が全面援助した)
12 I ADL	1. 食事の用意(献立を考える、食材を用意する、料理する、配膳する) [0 1 2] 2. 家事一般(食事の片付け、掃除、布団、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯等) [0 1 2] 3. 金銭管理(請求書の支払、貯金の管理、家計の収支勘定) [0 1 2] 4. 薬の管理(服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用) [0 1 2] 5. 電話の利用(自分で電話をかけたり、受けたたり) [0 1 2] 6. 買い物(食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う) [0 1 2] 7. 交通手段の利用(バス、電車などの乗り物による移動) [0 1 2]	
合計点	※ 困難度 0：問題ない 1：いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる) 2：非常に困難(ほとんど、あるいは全く本人は実施できない)	

13 初回入院時の年齢	1. 20歳未満	2. 20歳～29歳	3. 30歳～39歳	4. 40歳～49歳
	5. 50歳～59歳	6. 60歳～64歳	7. 65歳以上	
14 通算入院回数	1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4～6回
	5. 7～8回	6. 10回以上	7. 不明	
15 通算入院期間	1. 5年以上10年未満	2. 10年以上15年未満	3. 15年以上20年未満	
	4. 20年以上30年未満	5. 30年以上	6. 不明	
16 今回の入院期間	1. 5年以上10年未満	2. 10年以上15年未満	3. 15年以上20年未満	
	4. 20年以上30年未満	5. 30年以上		

II. 以下の17～19について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

17 退院できない理由	1. 本人が拒否している 理由 (1) 以前失敗した経験がある (2) 環境変化を嫌う (3) 現実検討認識が不足している
	2. 病状が安定していない 理由 (1) 病状が改善しない (2) 病識の欠如 (3) 反社会的行動 (4) 自傷行為がある (5) 人格水準の低下
	3. 家族の問題 理由 (1) 家族がいない (2) 家族が高齢である (3) 家族が本人の退院に対して不安を持っている (4) 家族の健康上の理由 (5) 家族が陰性感情を払拭できない (6) 家族の疾病に対する理解が不足 (7) 家族と疎遠・遠縁・家族が遠方
	4. 経済的問題 理由 (1) 生活費が確保できない (2) 病院に入院している方が経済的負担が少ない (3) 公的年金等の受給ができない (4) 生活保護が受給ができない
	5. 身体合併症 理由 (1) 積極的治療が必要 (2) 緊急時対応が必要 (3) 自己管理できない (4) 常時医療的処置が必要 身体合併症 (a) 呼吸器 (b) 循環器 (c) 消化器 (d) 内分泌 (e) 運動器 (f) 腎泌尿器 (g) 血液、免疫系 (h) 脳、神経系 (i) 感覚器 (j) 皮膚疾患 (k) 生殖器
	6. 施設入所できない 理由 (1) 介護保険施設の入所要件を満たさない(要支援・非該当等) (2) 介護認定を受けていない (3) 精神症状への対応が困難 (4) 緊急時対応ができない (5) 薬剤の使用に制限がある (6) 薬剤の管理ができない (7) 空きがない (8) 契約できない (9) 施設入所待ち
	7. その他 理由 (1) 住まいの確保が困難 (2) 本人が金銭管理できない (3) 退院支援のための人材確保が困難 (4) 本人が行方不明の経験がある

<p>18 整えば退院可能となる条件</p>	<p>1. 服薬管理の援助 2. 家事全般の援助 3. 外出(買い物等)の支援</p> <p>4. 通院同行 5. 安全管理(火の始末、施錠、交通ルール等)の援助</p> <p>6. 住居の確保 7. 必要時のADLの援助 8. 家族の協力(同意)</p> <p>9. 保証人(契約時)等の協力 10. 他者との交流</p> <p>11. 生活費等の保障 12. 地域移行支援事業の利用 13. 健康管理の援助</p> <p>14. 危機介入(緊急時の対応等)</p> <p>15. 金銭管理の援助</p> <p>16. 援助者(相談相手、支え手等)の確保</p>
<p>19 退院後利用を 考えられるサービス</p>	<p>1. 介護保険サービス</p> <p>(1) 在宅サービス</p> <p>(a) (介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)</p> <p>(b) (介護予防) 訪問入浴介護</p> <p>(c) (介護予防) 訪問看護</p> <p>(d) (介護予防) 訪問リハビリテーション</p> <p>(e) (介護予防) 居宅療養管理指導</p> <p>(f) (介護予防) 通所介護 (デイサービス)</p> <p>(g) (介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)</p> <p>(h) (介護予防) 短期入所生活介護 (特養等)</p> <p>(i) (介護予防) 短期入所療養介護 (老健・診療所)</p> <p>(j) (介護予防) 特定施設入居者生活介護</p> <p>(k) (介護予防) 福祉用具貸与</p> <p>(l) 特定(介護予防) 福祉用具販売</p> <p>(m) 住宅改修</p> <p>(n) 夜間対応型訪問介護</p> <p>(o) (介護予防) 認知症対応型通所介護</p> <p>(p) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護</p> <p>(q) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護</p> <p>(r) 地域密着型特定施設入居者生活介護</p> <p>(s) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p> <p>(t) その他</p> <p>(2) 施設サービス</p> <p>(a) 介護老人福祉施設 (b) 介護老人保健施設</p> <p>(c) 介護療養型医療施設</p> <p>(d) 認知症対応型共同生活介護適用施設 (グループホーム)</p> <p>(e) 特定施設入居者生活介護適用施設 (ケアハウス等)</p> <p>(f) 医療機関 (医療保険適用療養病床)</p> <p>(g) 医療機関 (療養病床以外) (h) その他</p>

2. 障害福祉サービス		
(1) グループホーム	(2) ケアホーム	(3) ホームヘルパー
(4) 就労系サービス	(5) 生活訓練・宿泊型自立訓練	(6) 自立支援医療
(7) 地域活動支援センター	(8) 相談支援事業所	(9) その他
3. 保健		
(1) 訪問指導	(2) その他	
4. 医療		
(1) 往診	(2) 外来診療	(3) 精神科訪問看護
(4) 訪問薬剤管理指導	(5) 訪問栄養食事指導	(6) 精神科デイ・ケア
(7) 精神科デイ・ナイトケア	(8) 精神科ナイトケア	(9) 精神科ショートケア
(10) 精神科作業療法(外来)	(11) その他	
5. その他		
(1) 成年後見制度	(2) 日常生活自立支援事業	
(3) 家族会など	(4) ハローワーク・障害者職業センター	
(5) ボランティア	(6) その他	

※巻末の精神症状・能力障害二軸評価（日精協版）を参照

平成24年度 長期入院患者 実態調査(入院患者)結果 65歳以上 集計

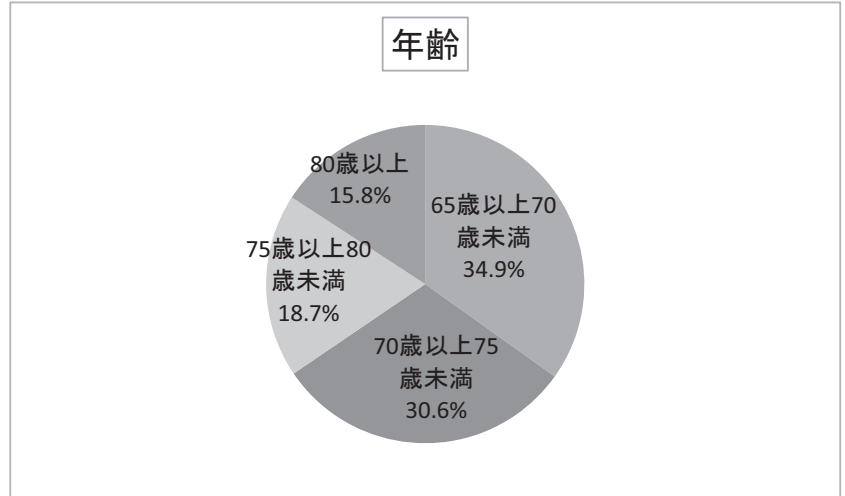
◇ 平成24年9月1日現在、下記①②③の全てに該当する患者についてご回答ください。

① 入院5年以上 ② 認知症を除く ③ 誕生日が、3月・6月・9月・12月

I. 以下の01～16について、それぞれあてはまるもの1つを選択してください。

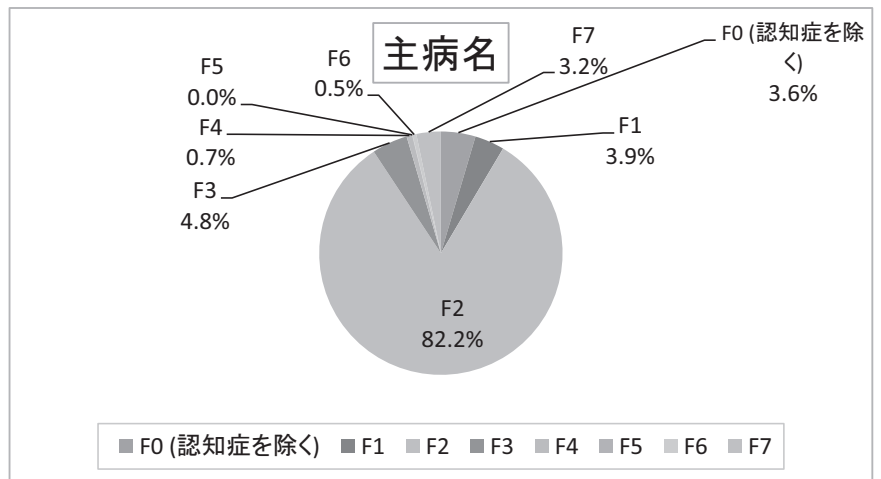
I - 01 年齢

年齢	人数
65歳以上70歳未満	1,548
70歳以上75歳未満	1,360
75歳以上80歳未満	829
80歳以上	703
合計	4,440



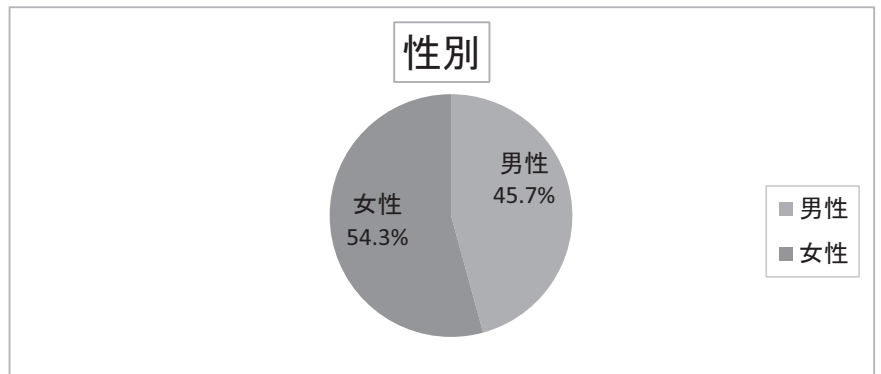
I - 02 主病名

主病名	人数
F0 (認知症を除く)	204
F1	175
F2	3,648
F3	211
F4	33
F5	2
F6	23
F7	144
合計	4,440



I - 03 性別

性別	人数
男性	2,031
女性	2,409
合計	4,440

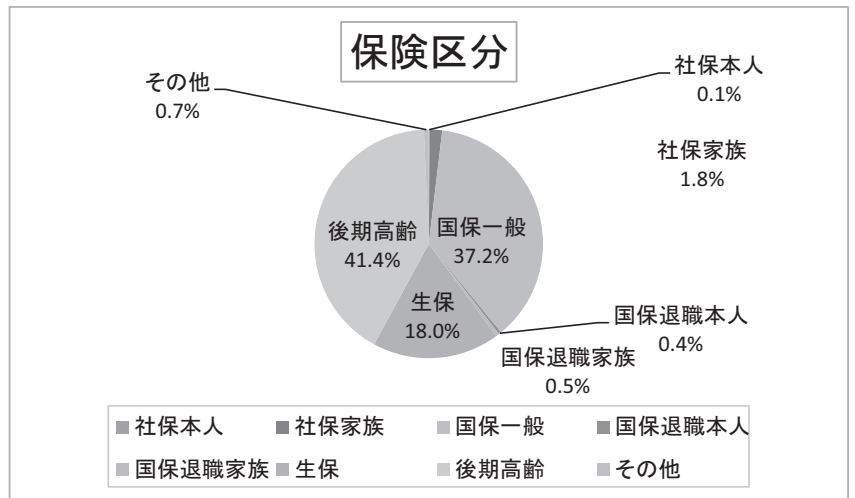


【年齢・性別 主病名】

年齢	性別	主病名							合計	
		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6		F7
65歳以上70歳未満	男	45	49	665	24	4		7	33	827
	女	20	10	639	25	4		1	22	721
70歳以上75歳未満	男	30	38	546	20	4	1	5	19	663
	女	20	17	605	31	4		4	16	697
75歳以上80歳未満	男	19	23	274	13	4		3	18	354
	女	17	8	401	34	2			13	475
80歳以上	男	14	23	134	5	1		2	8	187
	女	39	7	384	59	10	1	1	15	516
合計		204	175	3648	211	33	2	23	144	4440

I-04 保険区分

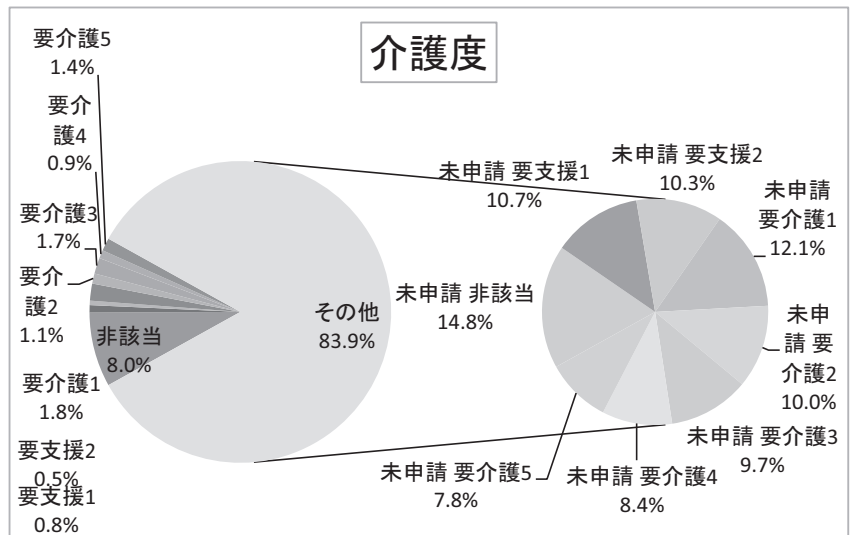
保険区分	人数
社保本人	6
社保家族	78
国保一般	1,652
国保退職本人	17
国保退職家族	20
生保	799
後期高齢	1,838
その他	30
合計	4,440



※未申請者の介護度予測で要介護度3以上が約44%あり、介護保険を視野に入れる。

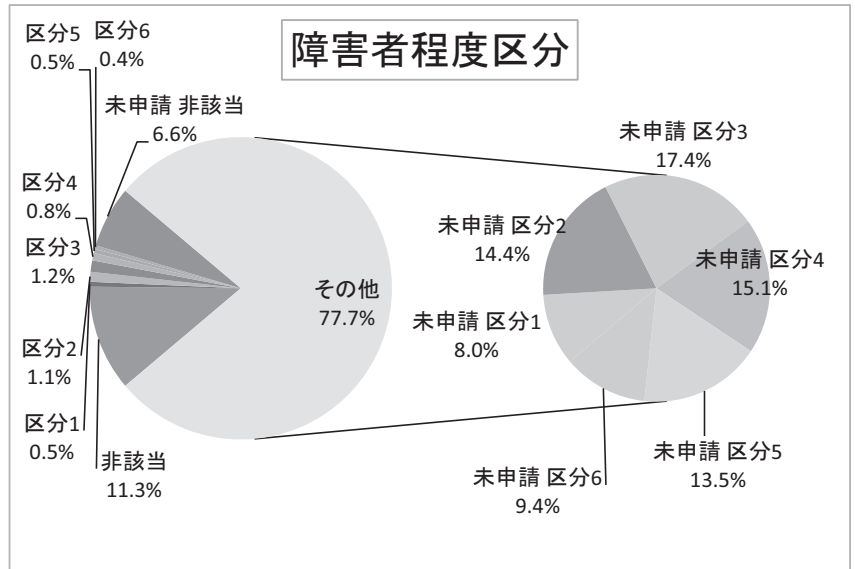
I-05 介護度 ←

介護度	介護度予測	人数
非該当		355
要支援1		35
要支援2		21
要介護1		81
要介護2		48
要介護3		76
要介護4		39
要介護5		61
未申請	非該当	657
未申請	要支援1	475
未申請	要支援2	459
未申請	要介護1	539
未申請	要介護2	443
未申請	要介護3	430
未申請	要介護4	374
未申請	要介護5	347
合計		4,440



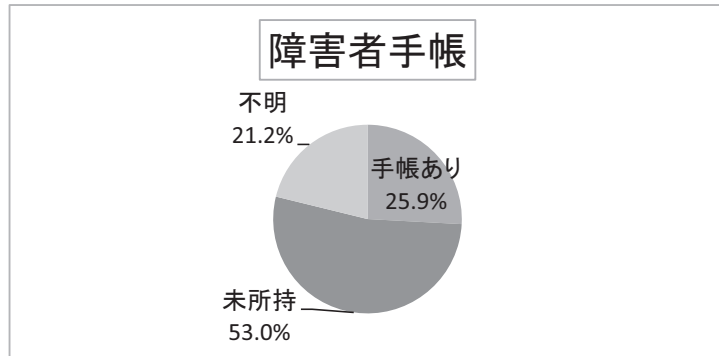
I - 06 障害者程度区分

障害者程度区分	予測	人数
非該当		503
区分1		23
区分2		47
区分3		54
区分4		35
区分5		20
区分6		17
未申請	非該当	292
未申請	区分1	353
未申請	区分2	638
未申請	区分3	771
未申請	区分4	670
未申請	区分5	599
未申請	区分6	418
合計		4,440

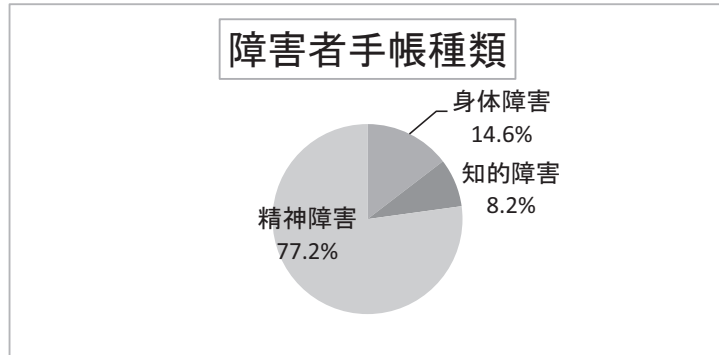


I - 07 障害者手帳

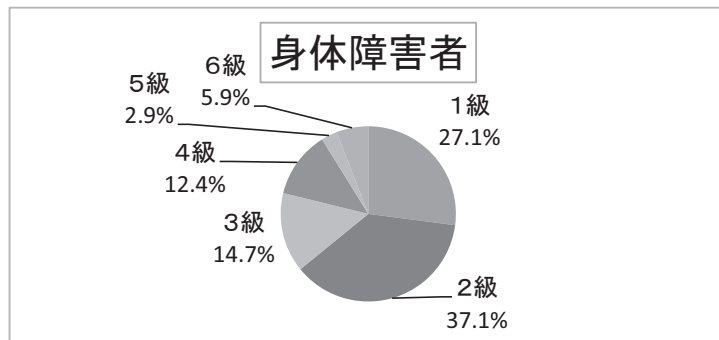
障害者手帳	人数
手帳あり	1,148
未所持	2,352
不明	940
合計	4,440



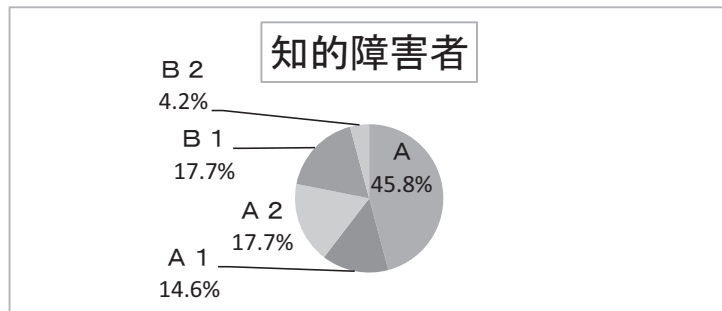
障害者手帳種類	人数
身体障害	170
知的障害	96
精神障害	899
合計	1,165



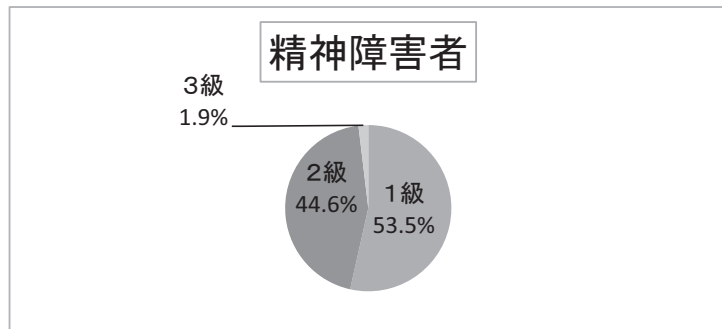
身体障害者	人数
1級	46
2級	63
3級	25
4級	21
5級	5
6級	10
合計	170



知的障害者	人数
A	44
A 1	14
A 2	17
B 1	17
B 2	4
合計	96

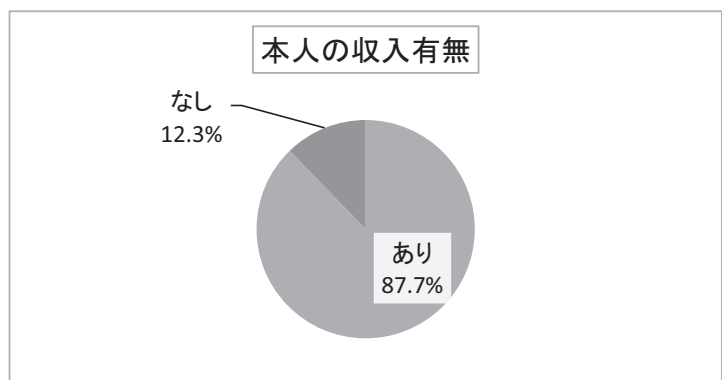


精神障害者	人数
1級	481
2級	401
3級	17
合計	899



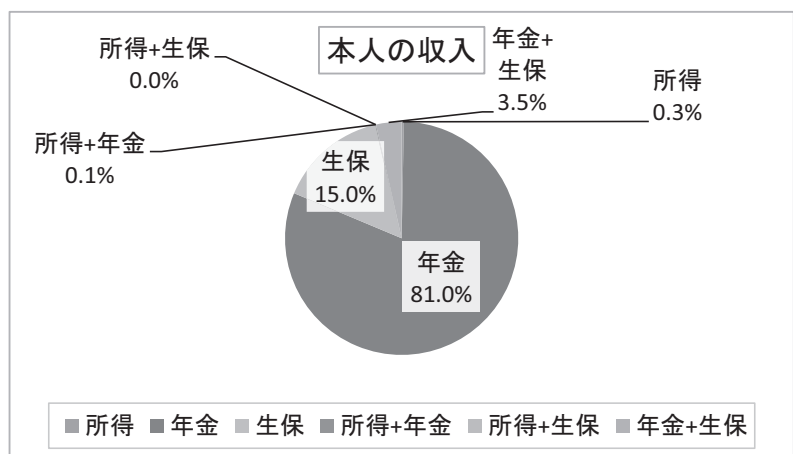
I - 08 本人の収入 収入の有無

収入	人数
あり	3,896
なし	544
合計	4,440



I - 08 本人の収入 収入の種類

収入	人数
所得	12
年金	3,156
生保	585
所得+年金	5
所得+生保	0
年金+生保	138
合計	3,896

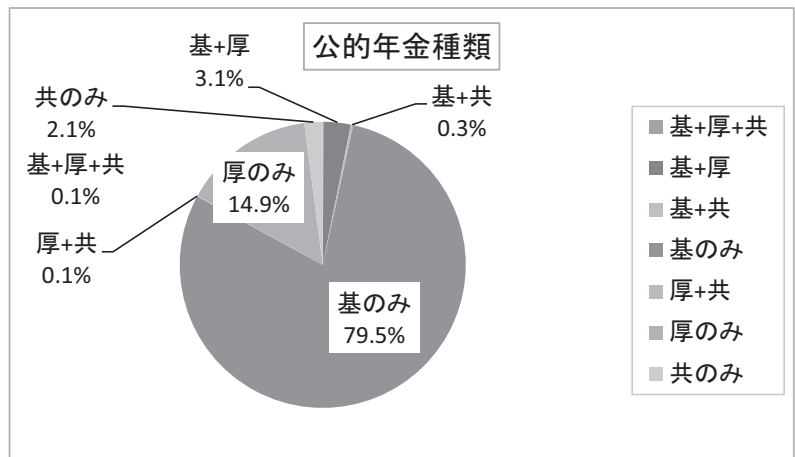


	所得	公的年金	生活保護	合計
所得	12	5	0	17
公的年金	5	3,156	138	3,299
生活保護	0	138	585	723
合計	17	3,299	723	

I-08 本人の収入 公的年金種類 ←

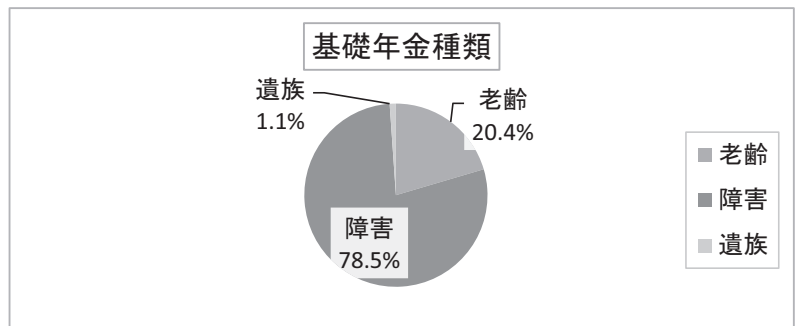
※基礎年金のみの人が79.5%あり、就労実績が乏しいと言える。

種類	人数
基+厚+共	3
基+厚	101
基+共	9
基のみ	2,623
厚+共	2
厚のみ	493
共のみ	68
合計	3,299



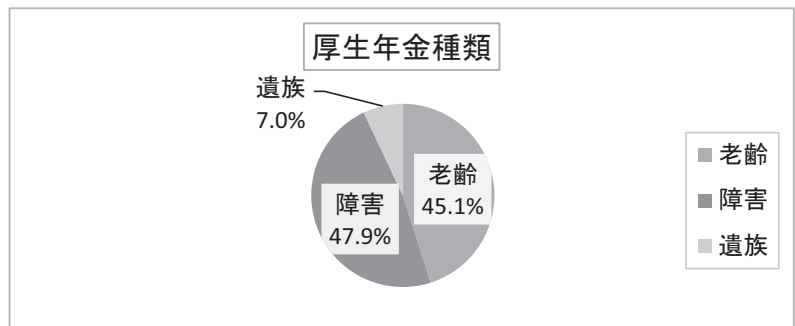
I-08 本人の収入 公的年金種類 基礎年金種類

種類	人数
老齢	559
障害	2,147
遺族	30
合計	2,736



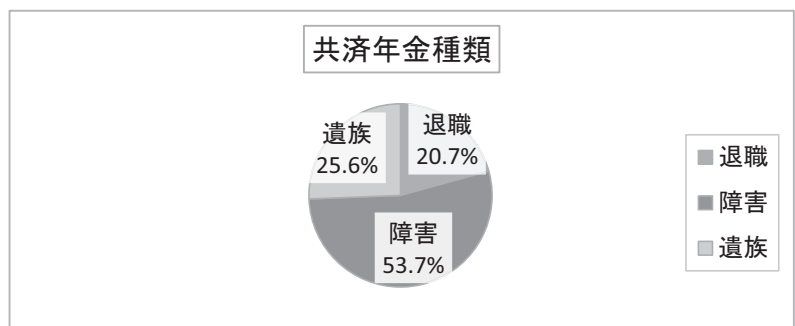
I-08 本人の収入 公的年金種類 厚生年金種類

種類	人数
老齢	270
障害	287
遺族	42
合計	599



I-08 本人の収入 公的年金種類 共済年金種類

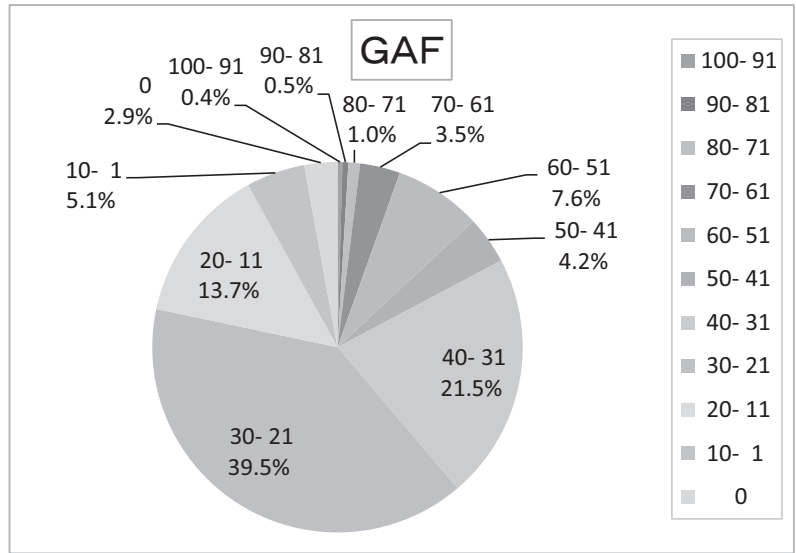
種類	人数
退職	17
障害	44
遺族	21
合計	82



I-09 GAF

※30以下が58.3%で重症度が高いと言える。

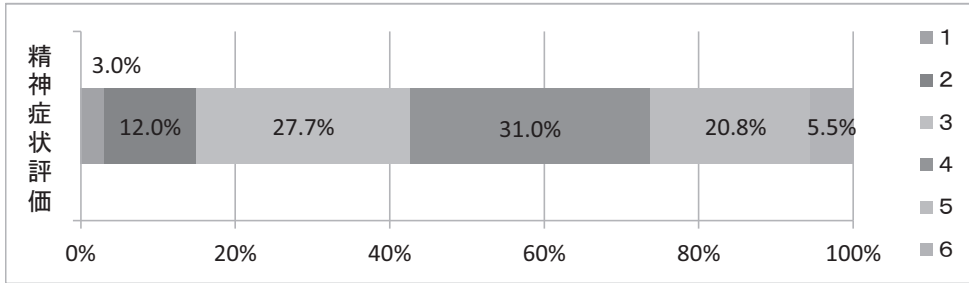
GAF	人数
100-91	19
90-81	23
80-71	45
70-61	156
60-51	338
50-41	185
40-31	955
30-21	1,756
20-11	607
10-1	228
0	128
合計	4,440



I-10 精神症状・能力障害二軸評価（日精協版）

精神症状評価

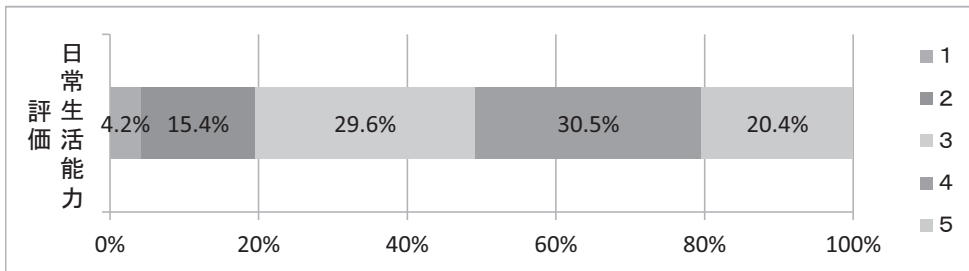
※精神症状が安定していないが57.3% (4以上) を占めており、入院の必要性があると言える。



	1	2	3	4	5	6
精神症状評価	134	532	1,231	1,375	925	243

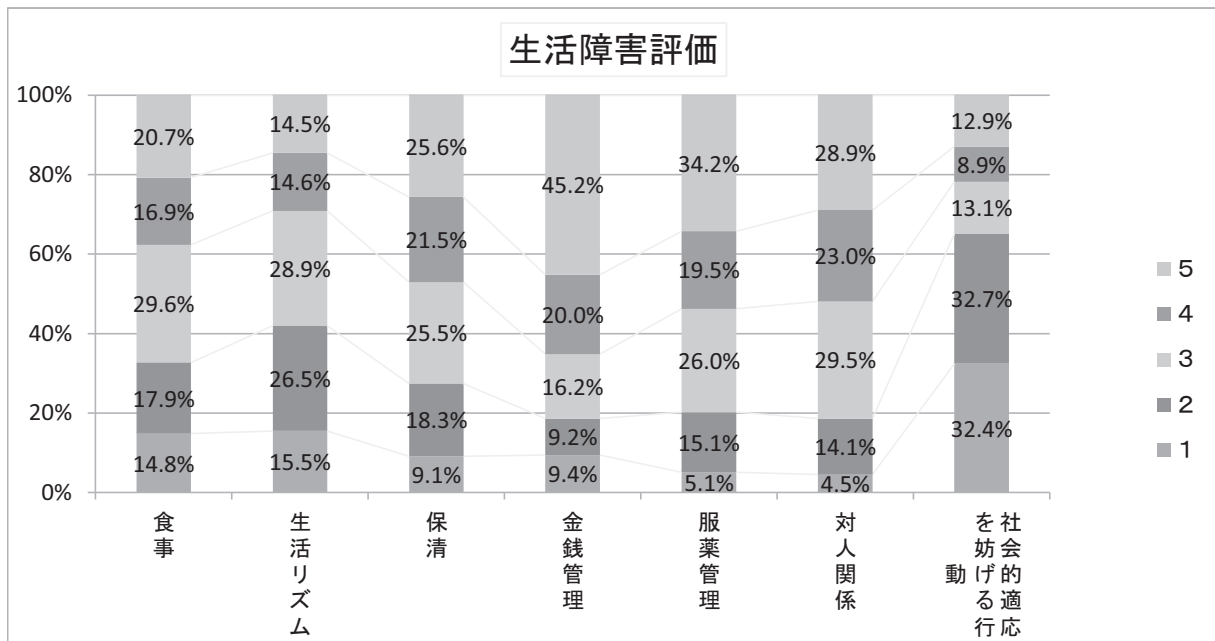
日常生活能力評価

※50.9% (4以上) が常時援助を要する。



	1	2	3	4	5
日常生活能力評価	186	682	1,313	1,352	907

生活障害評価

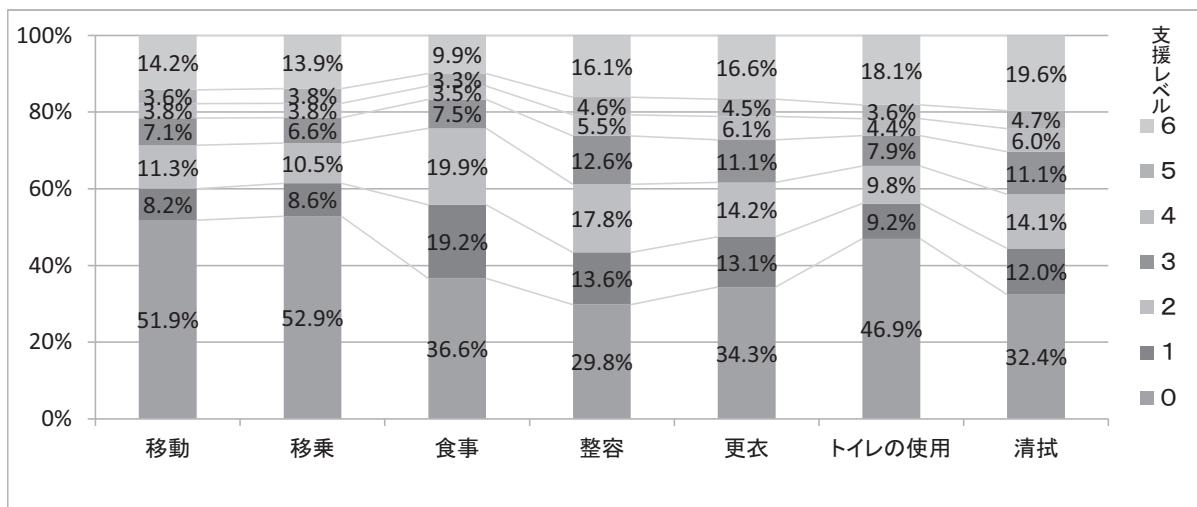


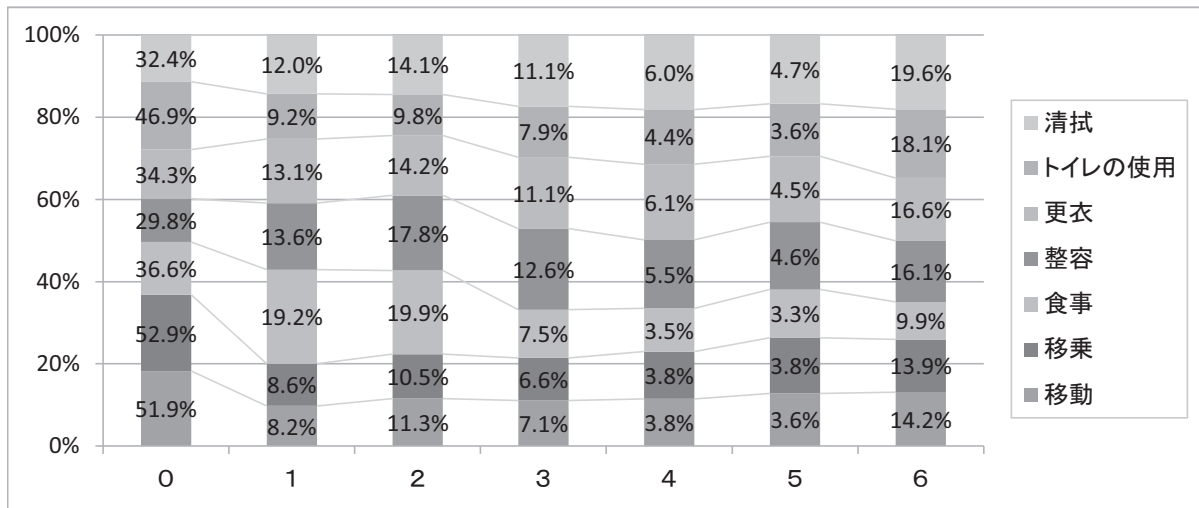
	1	2	3	4	5
食事	659	796	1,316	752	917
生活リズム	689	1,177	1,281	649	644
保清	402	814	1,134	953	1,137
金銭管理	417	409	721	886	2,007
服薬管理	227	672	1,155	868	1,518
対人関係	199	628	1,309	1,021	1,283
社会的適応を妨げる行動	1,439	1,453	581	393	574
合計	4,032	5,949	7,497	5,522	8,080

I-11 ADL

※約6割が自立もしくは見守りで可能である。

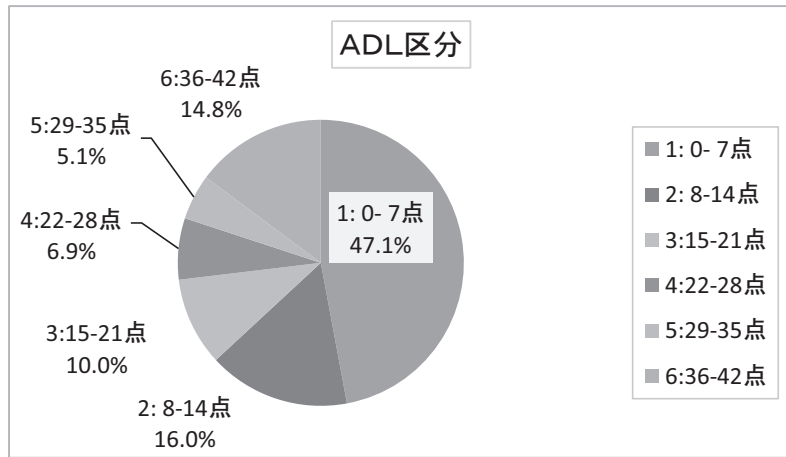
	0	1	2	3	4	5	6
移動	2,305	363	500	316	167	160	629
移乗	2,347	381	465	295	170	167	615
食事	1,626	852	884	333	156	148	441
整容	1,325	602	789	558	244	205	717
更衣	1,524	582	632	493	271	200	738
トイレの使用	2,083	410	437	349	195	161	805
清拭	1,439	535	625	495	267	208	871
合計	12,649	3,725	4,332	2,839	1,470	1,249	4,816





I-11 ADL ADL区分

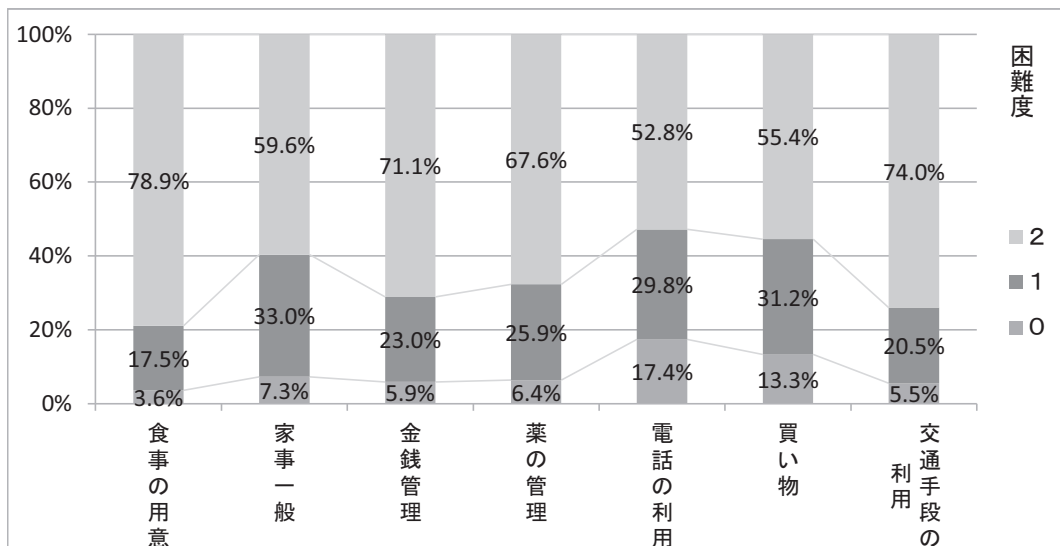
ADL区分	人数
1: 0-7点	2,090
2: 8-14点	712
3: 15-21点	444
4: 22-28点	308
5: 29-35点	228
6: 36-42点	658
合計	4,440



I-12 IADL ←

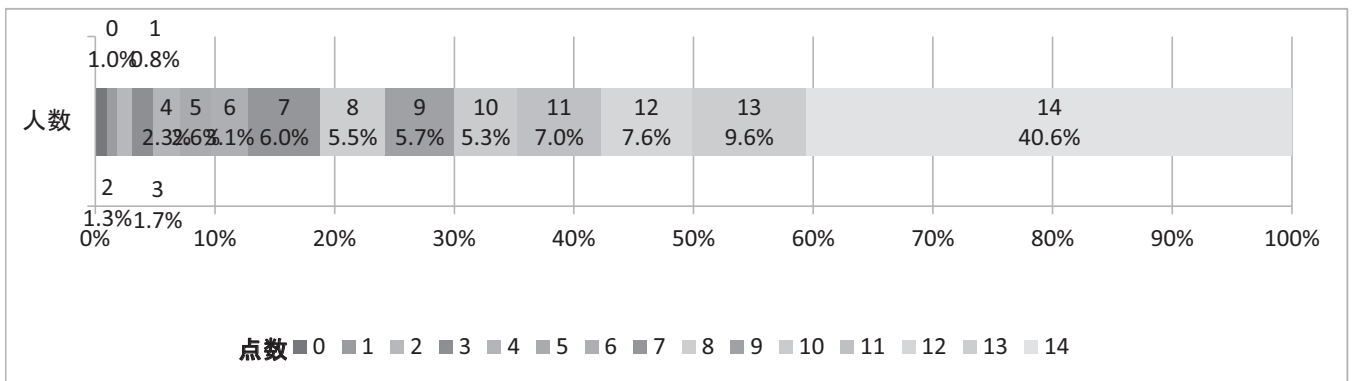
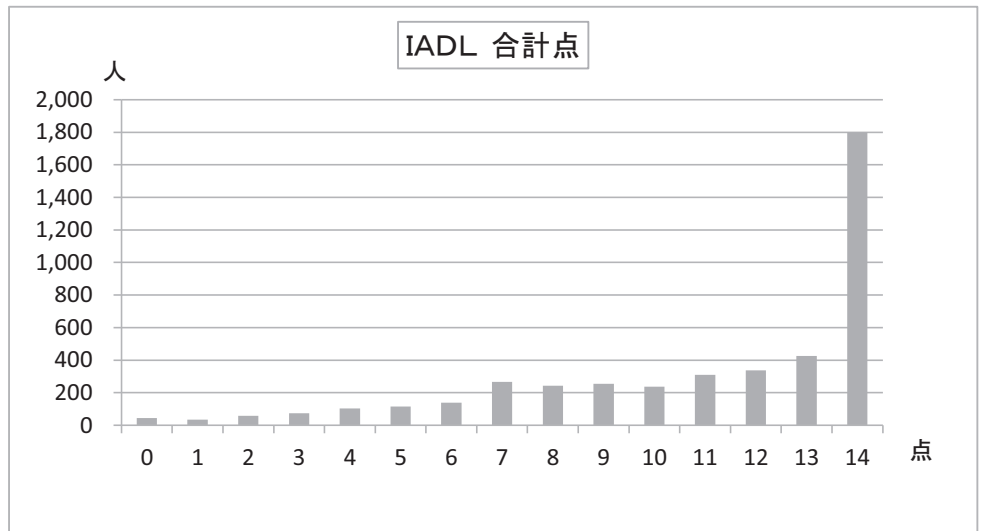
※精神症状、高齢化、長期在院等により生活訓練そのものが困難と思われる。新たなメニューが必要だと思われる。

	0	1	2
食事の用意	160	775	3,505
家事一般	326	1,466	2,648
金銭管理	261	1,022	3,157
薬の管理	286	1,151	3,003
電話の利用	773	1,323	2,344
買い物	592	1,387	2,461
交通手段の利用	245	911	3,284
合計	2,643	8,035	20,402
割合	8.5%	25.9%	65.6%



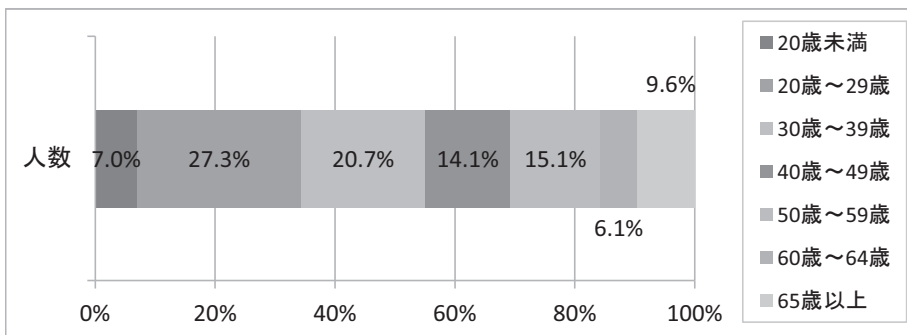
I-12 IADL 合計点

点数	人数
0	44
1	35
2	58
3	74
4	103
5	115
6	139
7	266
8	242
9	255
10	237
11	309
12	337
13	425
14	1,801
合計	4,440



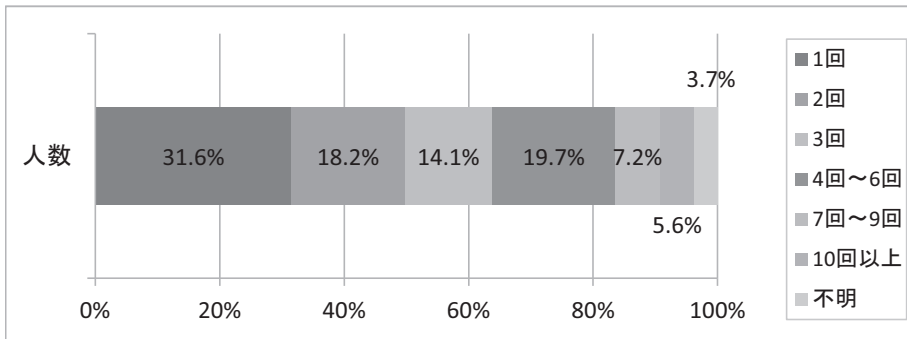
I-13 初回入院時の年齢

年齢	人数
20歳未満	312
20歳～29歳	1,213
30歳～39歳	918
40歳～49歳	627
50歳～59歳	671
60歳～64歳	272
65歳以上	427
合計	4,440



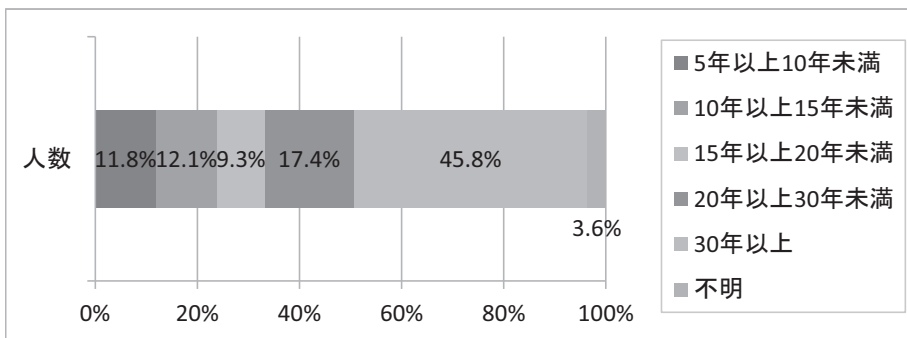
I - 14 通算入院回数

回数	人数
1回	1,401
2回	808
3回	627
4回～6回	873
7回～9回	318
10回以上	250
不明	163
合計	4,440



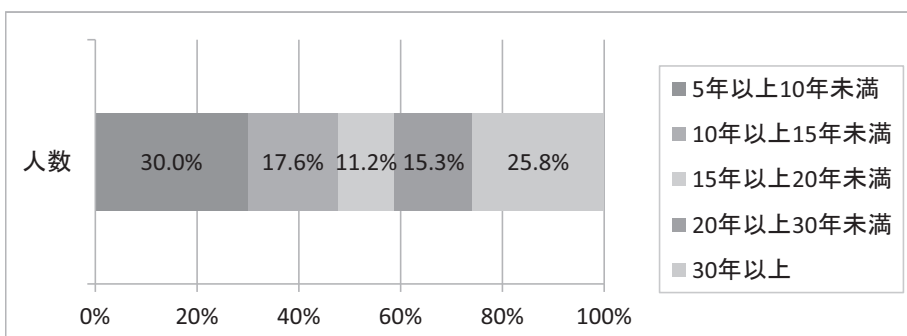
I - 15 通算入院期間

回数	人数
5年以上10年未満	525
10年以上15年未満	536
15年以上20年未満	412
20年以上30年未満	774
30年以上	2,032
不明	161
合計	4,440



I - 16 今回の入院期間

回数	人数
5年以上10年未満	1,333
10年以上15年未満	783
15年以上20年未満	496
20年以上30年未満	681
30年以上	1,147
合計	4,440



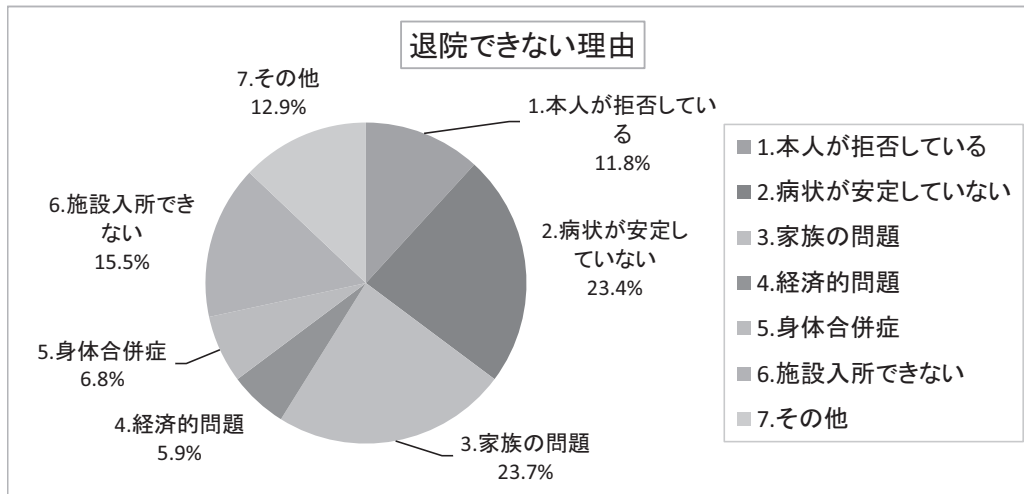
II. 以下の17～19について、あてはまるもの全てを選択してください。

II- 17 退院できない理由 ←

理由	人数	割合
1.本人が拒否している	1,668	11.8%
2.病状が安定していない	3,315	23.4%
3.家族の問題	3,350	23.7%
4.経済的問題	834	5.9%
5.身体合併症	967	6.8%
6.施設入所できない	2,187	15.5%
7.その他	1,830	12.9%
合計	14,151	100.0%

(複数回答)

※医学的に入院の必要性があると思われる、病状が安定しない・身体合併症以外が多数を占めている。これらの問題を分析して取り組む必要がある。



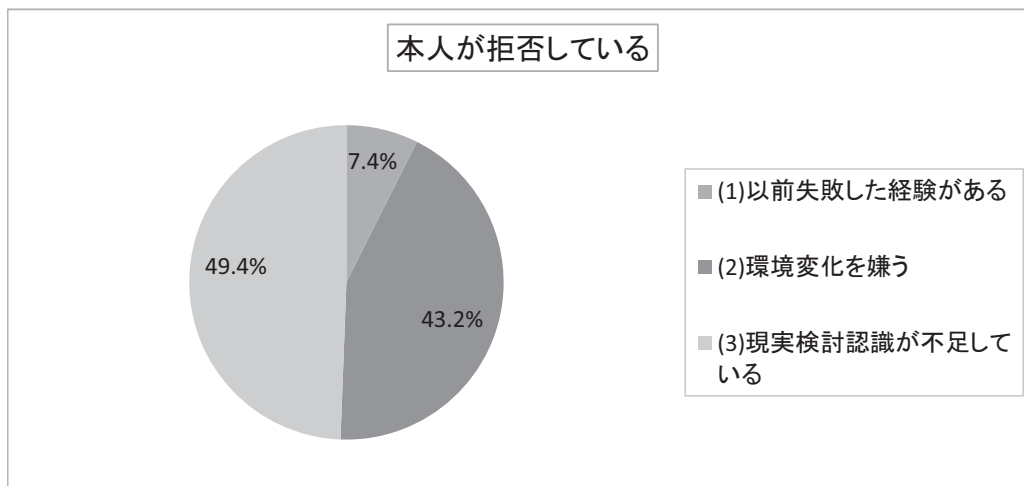
II- 17 退院できない理由

1 本人が拒否している ←

※本人のモチベーションを高める必要がある。

理由	人数	割合
(1)以前失敗した経験がある	156	7.4%
(2)環境変化を嫌う	914	43.2%
(3)現実検討認識が不足している	1,046	49.4%
合計	2,116	100.0%

(複数回答)

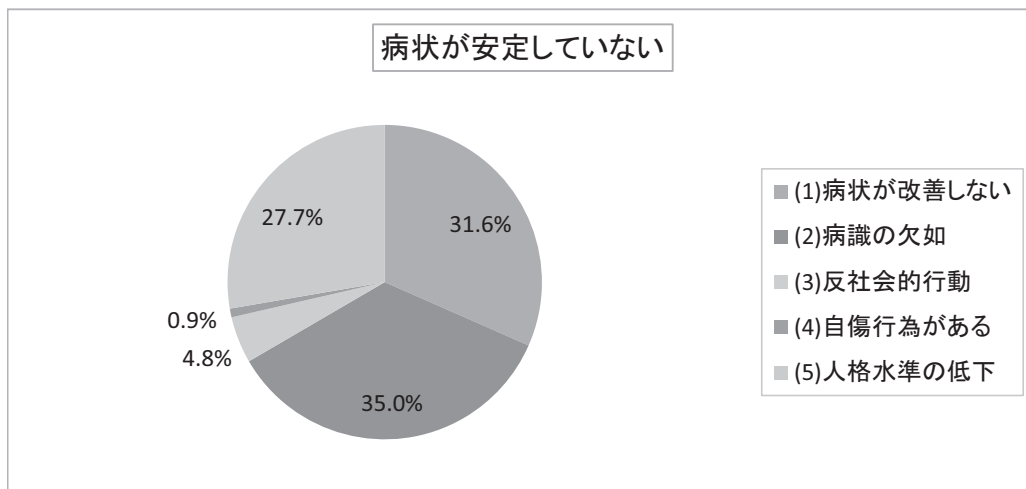


II- 17 退院できない理由

2 病状が安定していない

理由	人数	割合
(1)病状が改善しない	1,935	31.6%
(2)病識の欠如	2,148	35.0%
(3)反社会的行動	296	4.8%
(4)自傷行為がある	53	0.9%
(5)人格水準の低下	1,697	27.7%
合計	6,129	100.0%

(複数回答)

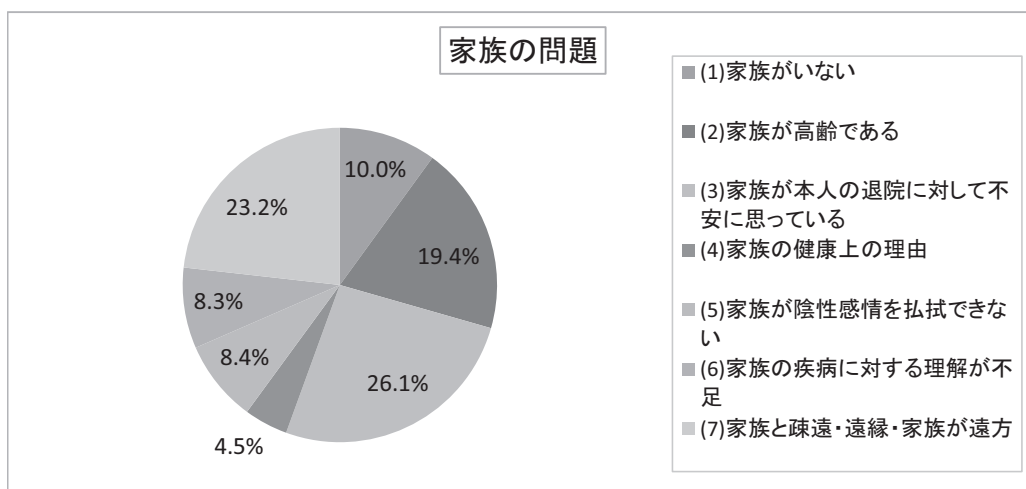


II-17 退院できない理由
3 家族の問題 ←

(複数回答)

理由	人数	割合
(1)家族がいない	545	10.0%
(2)家族が高齢である	1,060	19.4%
(3)家族が本人の退院に対して不安に思っている	1,426	26.1%
(4)家族の健康上の理由	248	4.5%
(5)家族が陰性感情を払拭できない	459	8.4%
(6)家族の疾病に対する理解が不足	453	8.3%
(7)家族と疎遠・遠縁・家族が遠方	1,265	23.2%
合計	5,456	100.0%

※積極的反対と支える力を失っている場合の二極化がみられる。前者は家族に対する支援などで対応可能であるが、後者は課題が残る。

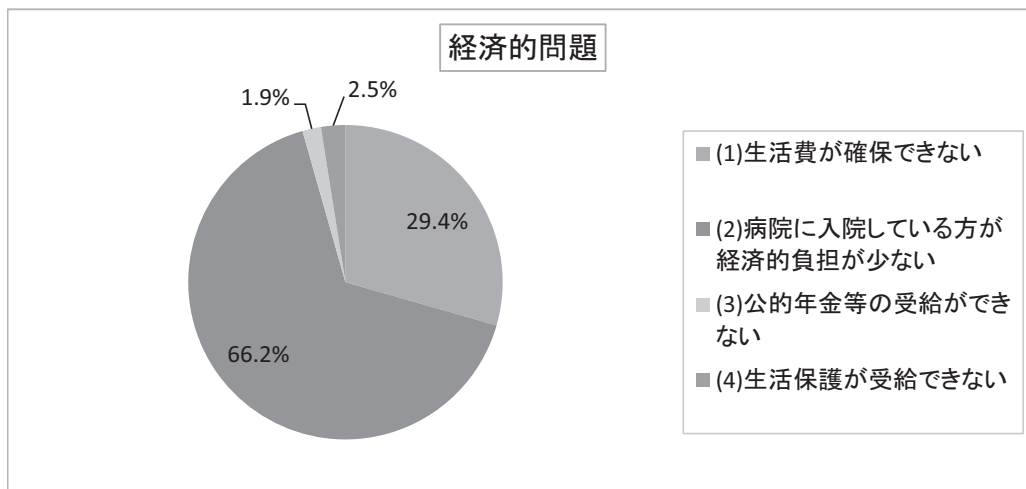


II-17 退院できない理由
4 経済的問題 ←

※退院後の経済的負担の担保が不十分であり、この部分の裏打ちがない限り画餅となる。

(複数回答)

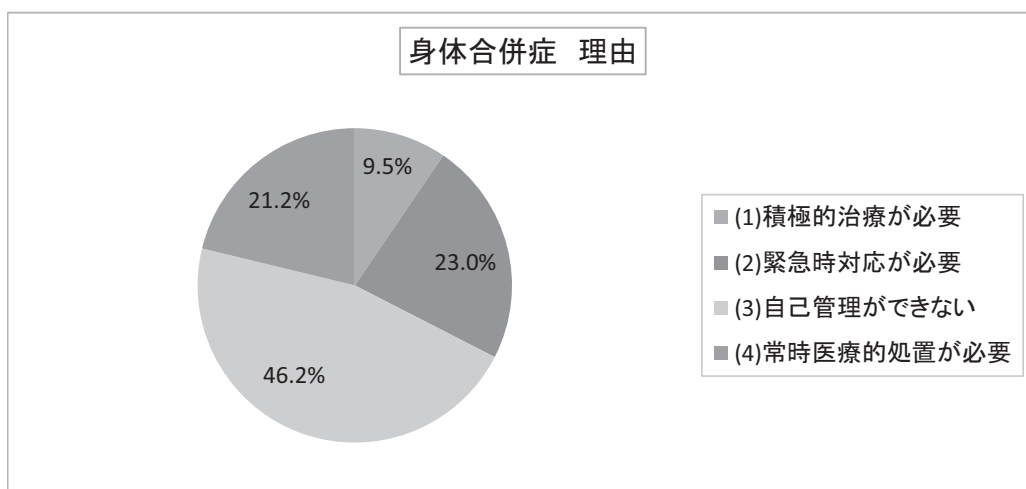
理由	人数	割合
(1)生活費が確保できない	290	29.4%
(2)病院に入院している方が経済的負担が少ない	651	66.1%
(3)公的年金等の受給ができない	19	1.9%
(4)生活保護が受給できない	25	2.5%
合計	985	100.0%



II- 17 退院できない理由
5 身体合併症 [理由]

(複数回答)

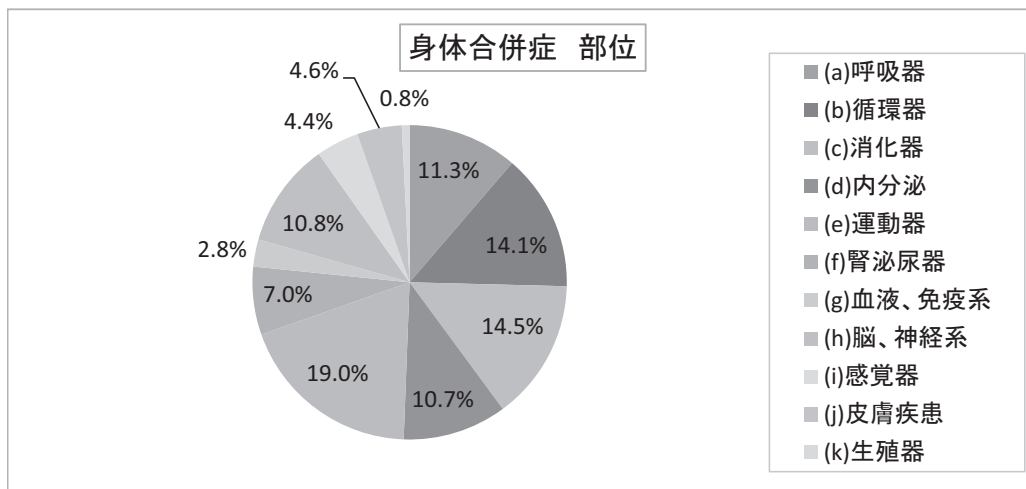
理由	人数	割合
(1)積極的治療が必要	120	9.5%
(2)緊急時対応が必要	289	23.0%
(3)自己管理ができない	581	46.2%
(4)常時医療的処置が必要	267	21.2%
合計	1,257	100.0%



II- 17 退院できない理由
5 身体合併症 [部位]

(複数回答)

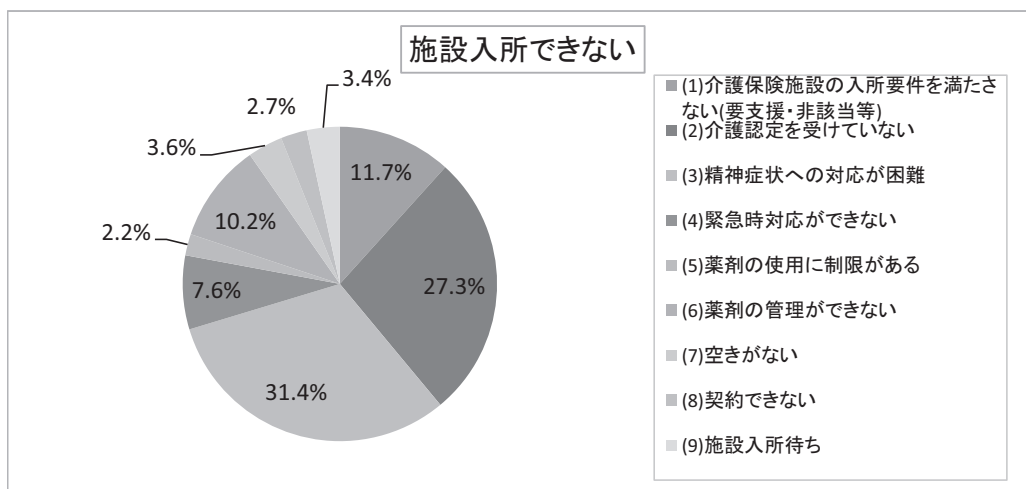
理由	人数	割合
(a)呼吸器	156	11.3%
(b)循環器	195	14.1%
(c)消化器	201	14.5%
(d)内分泌	148	10.7%
(e)運動器	263	19.0%
(f)腎泌尿器	97	7.0%
(g)血液、免疫系	39	2.8%
(h)脳、神経系	150	10.8%
(i)感覚器	61	4.4%
(j)皮膚疾患	63	4.6%
(k)生殖器	11	0.8%
合計	1,384	100.0%



II-17 退院できない理由
6 施設入所できない

(複数回答)

理由	人数	割合
(1)介護保険施設の入所要件を満たさない(要支援・非該当等)	417	11.7%
(2)介護認定を受けていない	975	27.3%
(3)精神症状への対応が困難	1,122	31.4%
(4)緊急時対応ができない	270	7.6%
(5)薬剤の使用に制限がある	80	2.2%
(6)薬剤の管理ができない	366	10.2%
(7)空きがない	128	3.6%
(8)契約できない	95	2.7%
(9)施設入所待ち	120	3.4%
合計	3,573	100.0%

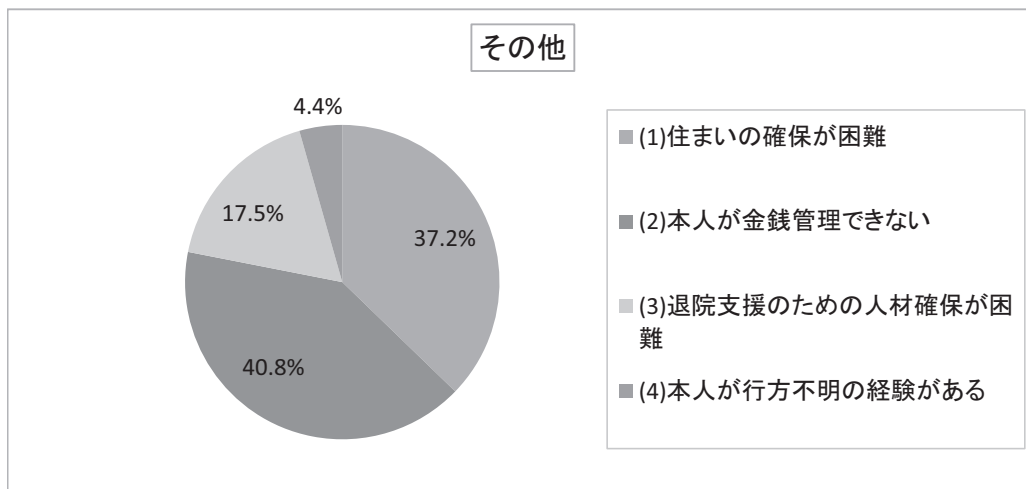


II-17 退院できない理由
7 その他

※ハードの受け皿だけではなく、ソフトの受け皿も必要である。

(複数回答)

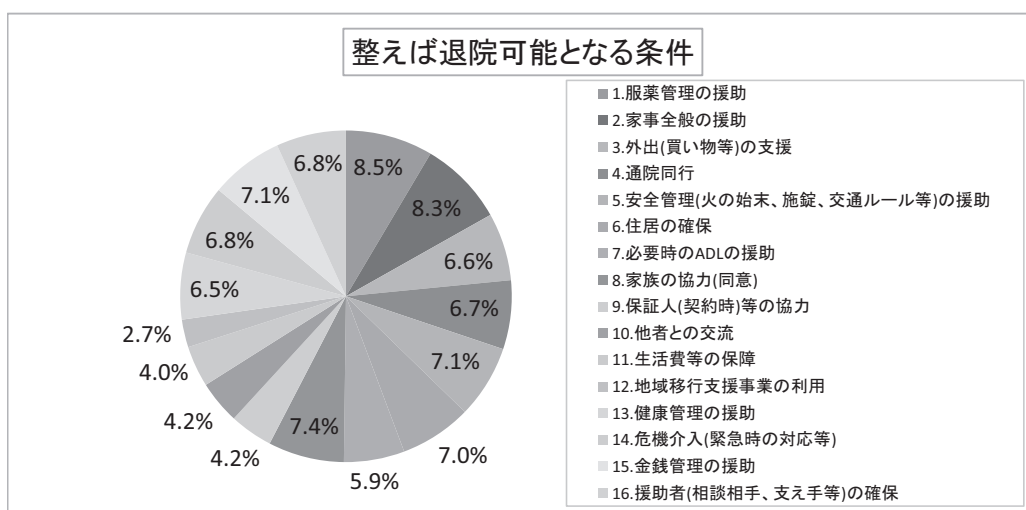
理由	人数	割合
(1)住まいの確保が困難	1,173	37.2%
(2)本人が金銭管理できない	1,287	40.8%
(3)退院支援のための人材確保が困難	552	17.5%
(4)本人が行方不明の経験がある	139	4.4%
合計	3,151	100.0%



II-18 整えば退院可能となる条件 ← ※16項目に均等に分布している。きめ細やかなサポートが必要である。

(複数回答)

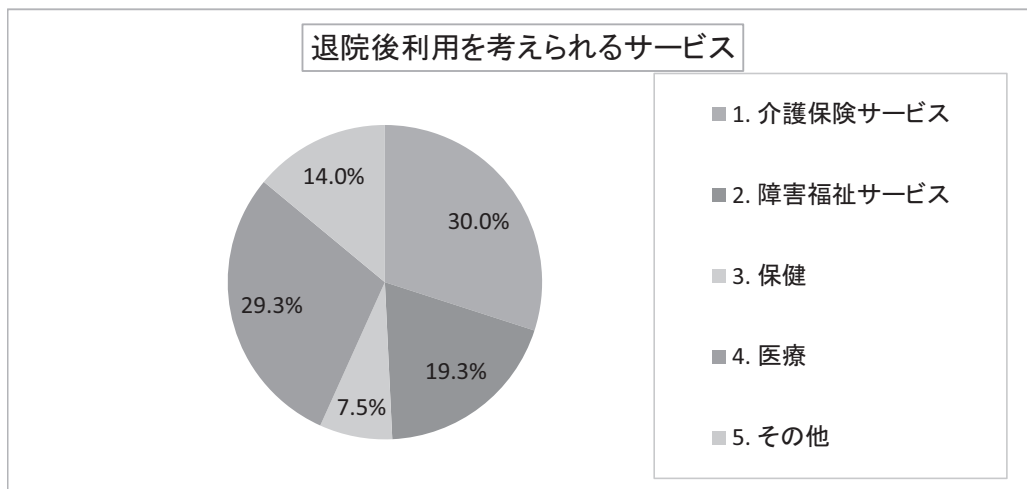
理由	人数	割合
1.服薬管理の援助	3,531	8.5%
2.家事全般の援助	3,425	8.3%
3.外出(買い物等)の支援	2,752	6.6%
4.通院同行	2,778	6.7%
5.安全管理(火の始末、施錠、交通ルール等)の援助	2,936	7.1%
6.住居の確保	2,897	7.0%
7.必要時のADLの援助	2,445	5.9%
8.家族の協力(同意)	3,080	7.4%
9.保証人(契約時)等の協力	1,742	4.2%
10.他者との交流	1,736	4.2%
11.生活費等の保障	1,668	4.0%
12.地域移行支援事業の利用	1,128	2.7%
13.健康管理の援助	2,707	6.5%
14.危機介入(緊急時の対応等)	2,801	6.8%
15.金銭管理の援助	2,940	7.1%
16.援助者(相談相手、支え手等)の確保	2,825	6.8%
合計	41,391	100.0%



II-19 退院後利用を考えられるサービス

(複数回答)

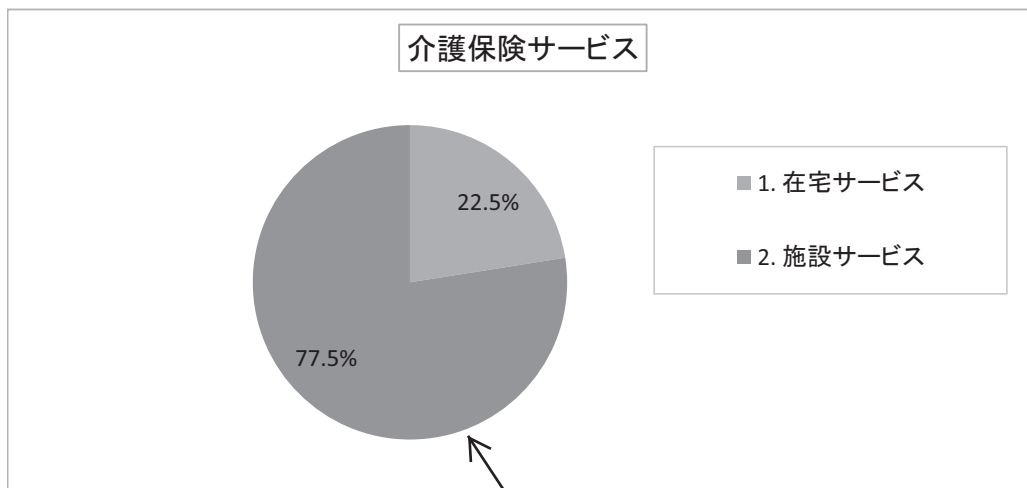
理由	人数	割合
1. 介護保険サービス	3,248	30.0%
2. 障害福祉サービス	2,092	19.3%
3. 保健	813	7.5%
4. 医療	3,172	29.3%
5. その他	1,517	14.0%
合計	10,842	100.0%



II-19 退院後利用を考えられるサービス
1 介護保険サービス

(複数回答)

理由	人数	割合
1. 在宅サービス	874	22.5%
2. 施設サービス	3,009	77.5%
合計	3,883	100.0%



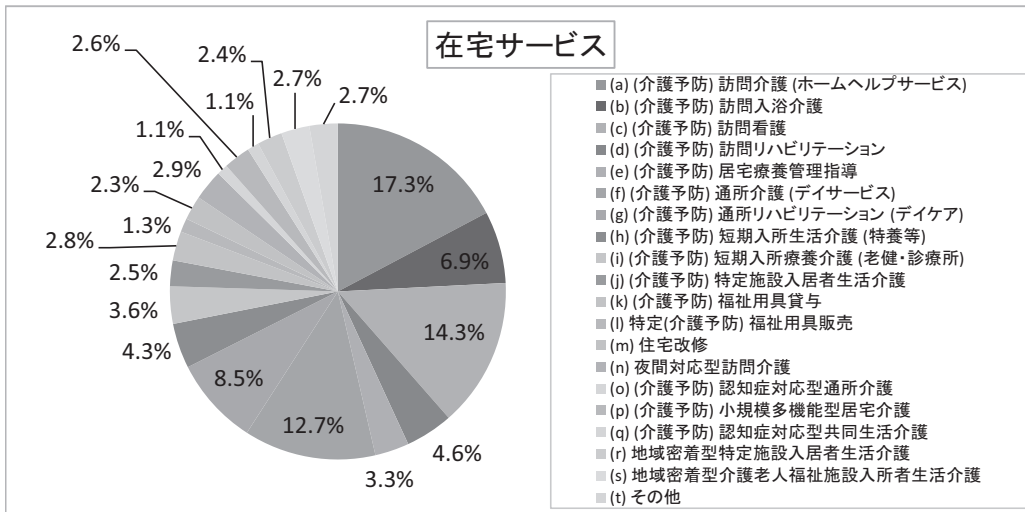
※施設サービスが77.5%あり、施設の必要性が求められている。

II- 19 退院後利用を考えられるサービス

- 1 介護保険サービス
 (1) 在宅サービス

(複数回答)

理由	人数	割合
(a) (介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	557	17.3%
(b) (介護予防) 訪問入浴介護	224	6.9%
(c) (介護予防) 訪問看護	463	14.3%
(d) (介護予防) 訪問リハビリテーション	148	4.6%
(e) (介護予防) 居宅療養管理指導	106	3.3%
(f) (介護予防) 通所介護 (デイサービス)	410	12.7%
(g) (介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)	273	8.5%
(h) (介護予防) 短期入所生活介護 (特養等)	140	4.3%
(i) (介護予防) 短期入所療養介護 (老健・診療所)	116	3.6%
(j) (介護予防) 特定施設入居者生活介護	80	2.5%
(k) (介護予防) 福祉用具貸与	91	2.8%
(l) 特定(介護予防) 福祉用具販売	43	1.3%
(m) 住宅改修	75	2.3%
(n) 夜間対応型訪問介護	95	2.9%
(o) (介護予防) 認知症対応型通所介護	34	1.1%
(p) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	83	2.6%
(q) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	36	1.1%
(r) 地域密着型特定施設入居者生活介護	78	2.4%
(s) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	88	2.7%
(t) その他	88	2.7%
合計	3,228	100.0%

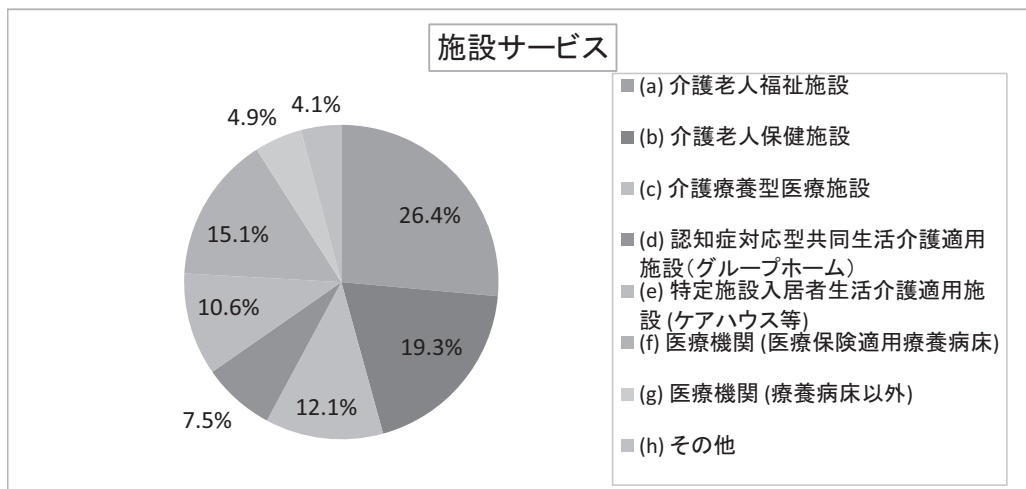


II- 19 退院後利用を考えられるサービス

- 1 介護保険サービス
 (2) 施設サービス

(複数回答)

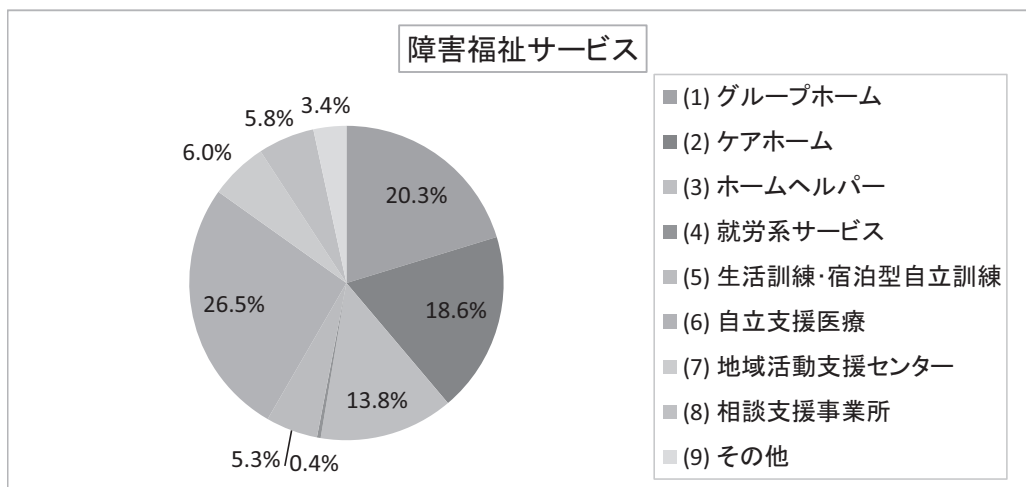
理由	人数	割合
(a) 介護老人福祉施設	1,418	26.4%
(b) 介護老人保健施設	1,034	19.3%
(c) 介護療養型医療施設	651	12.1%
(d) 認知症対応型共同生活介護適用施設 (グループホーム)	401	7.5%
(e) 特定施設入居者生活介護適用施設 (ケアハウス等)	566	10.6%
(f) 医療機関 (医療保険適用療養病床)	809	15.1%
(g) 医療機関 (療養病床以外)	263	4.9%
(h) その他	222	4.1%
合計	5,364	100.0%



II-19 退院後利用を考えられるサービス
2 障害福祉サービス

(複数回答)

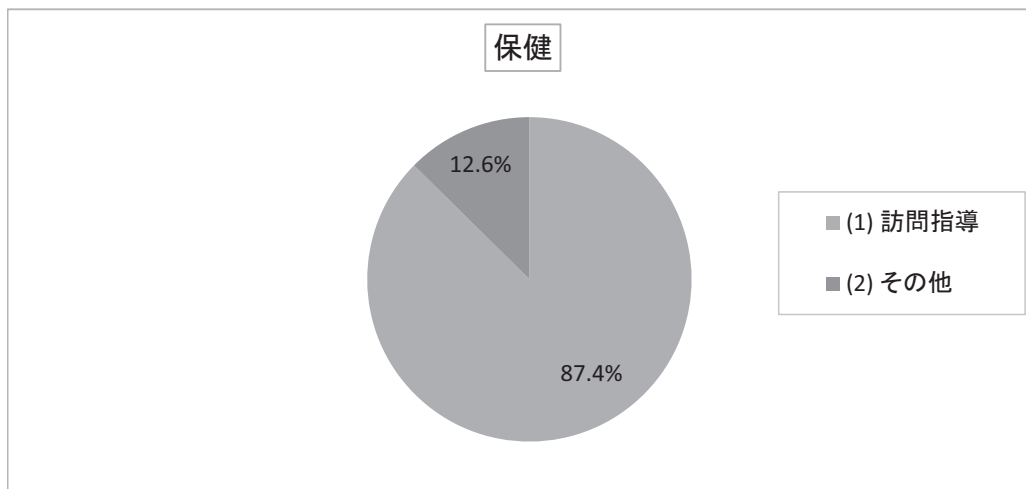
理由	人数	割合
(1) グループホーム	899	20.3%
(2) ケアホーム	823	18.6%
(3) ホームヘルパー	612	13.8%
(4) 就労系サービス	17	0.4%
(5) 生活訓練・宿泊型自立訓練	237	5.3%
(6) 自立支援医療	1,175	26.5%
(7) 地域活動支援センター	264	6.0%
(8) 相談支援事業所	258	5.8%
(9) その他	150	3.4%
合計	4,435	100.0%



II-19 退院後利用を考えられるサービス
3 保健

(複数回答)

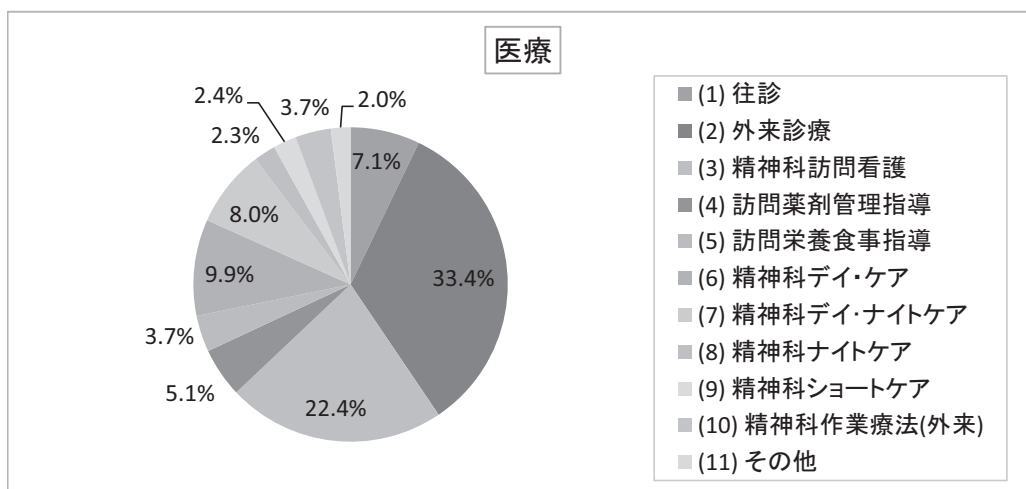
理由	人数	割合
(1) 訪問指導	714	87.4%
(2) その他	103	12.6%
合計	817	100.0%



II-19 退院後利用を考えられるサービス
4 医療

(複数回答)

理由	人数	割合
(1) 往診	574	7.1%
(2) 外来診療	2,683	33.4%
(3) 精神科訪問看護	1,802	22.4%
(4) 訪問薬剤管理指導	409	5.1%
(5) 訪問栄養食事指導	301	3.7%
(6) 精神科デイケア	797	9.9%
(7) 精神科デイ・ナイトケア	639	8.0%
(8) 精神科ナイトケア	182	2.3%
(9) 精神科ショートケア	192	2.4%
(10) 精神科作業療法(外来)	295	3.7%
(11) その他	162	2.0%
合計	8,036	100.0%

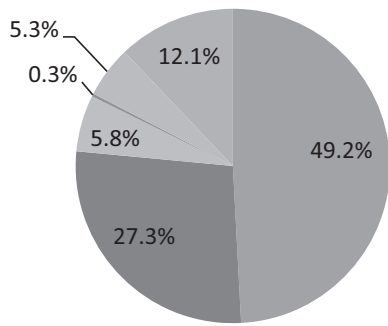


II-19 退院後利用を考えられるサービス
5 その他

(複数回答)

理由	人数	割合
(1) 成年後見制度	939	49.2%
(2) 日常生活自立支援事業	522	27.3%
(3) 家族会など	111	5.8%
(4) ハローワーク・障害者職業センター	6	0.3%
(5) ボランティア	101	5.3%
(6) その他	231	12.1%
合計	1,910	100.0%

その他



- (1) 成年後見制度
- (2) 日常生活自立支援事業
- (3) 家族会など
- (4) ハローワーク・障害者職業センター
- (5) ボランティア
- (6) その他

平成24年度 長期入院患者 実態調査(退院患者)

◇ 平成23年9月1日～平成24年8月31日の間に退院した患者で、
下記①②の全てに該当する患者について、退院時の状況をご回答ください。

① 入院5年以上 ② 認知症を除く

会員番号	患者票の連番号
------	---------

I. 以下の01～17について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

01 年齢	1. 20歳未満 4. 40歳以上50歳未満 7. 65歳以上70歳未満 10. 80歳以上	2. 20歳以上30歳未満 5. 50歳以上60歳未満 8. 70歳以上75歳未満	3. 30歳以上40歳未満 6. 60歳以上65歳未満 9. 75歳以上80歳未満	
02 主病名	1. F0(認知症を除く) 6. F5	2. F1 7. F6	3. F2 8. F7	4. F3 5. F4
03 性別	1. 男 2. 女			
04 保険区分	1. 社保本人 5. 国保退職家族	2. 社保家族 6. 生保	3. 国保一般 7. 後期高齢	4. 国保退職本人 8. その他
05 介護度	[実際] 1. 非該当 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 未申請 ※「9. 未申請」を選択された場合、下記も選択をしてください。 [予測] 9-1. 非該当 9-2. 要支援1 9-3. 要支援2 9-4. 要介護1 9-5. 要介護2 9-6. 要介護3 9-7. 要介護4 9-8. 要介護5			
06 障害者程度区分	[実際] 1. 非該当 2. 区分1 3. 区分2 4. 区分3 5. 区分4 6. 区分5 7. 区分6 8. 未申請 ※「8. 未申請」を選択された場合、下記も選択をしてください。 [予測] 8-1. 非該当 8-2. 区分1 8-3. 区分2 8-4. 区分3 8-5. 区分4 8-6. 区分5 8-7. 区分6			
07 障害者手帳	1. 手帳あり 2. 未所持 3. 不明 ※「1. 手帳あり」を選択された場合、下記[手帳の種類]も選択をしてください (1) 身体障害 (a) 1級 (b) 2級 (c) 3級 (d) 4級 (e) 5級 (f) 6級 (2) 知的障害 (a) A (b) A1 (c) A2 (d) B1 (e) B2 (3) 精神障害 (a) 1級 (b) 2級 (c) 3級			
08 本人の収入	1. あり 2. なし ※「1. あり」を選択された場合、下記[収入の種類]も選択をしてください (1) 所得 (2) 公的年金 (3) 生活保護 ※「(2)公的年金」を選択された場合、下記[年金の種類]も選択をしてください (2-1) 基礎年金 (a) 老齢基礎年金 (b) 障害基礎年金 (c) 遺族基礎年金 (2-2) 厚生年金 (a) 老齢厚生年金 (b) 障害厚生年金 (c) 遺族厚生年金 (2-3) 共済年金 (a) 退職共済年金 (b) 障害共済年金 (c) 遺族共済年金			

09 GAF	1. 100-91 2. 90-81 3. 80-71 4. 70-61 5. 60-51 6. 50-41 7. 40-31 8. 30-21 9. 20-11 10. 10-1 11. 0														
10 精神症状・ 能力障害二軸評価 (日精協版)	精神症状評価 [1 2 3 4 5 6]														
	日常生活能力評価 [1 2 3 4 5]														
	生活障害評価 1. 食事 [1 2 3 4 5]														
	2. 生活リズム [1 2 3 4 5] 3. 保清 [1 2 3 4 5] 4. 金銭管理 [1 2 3 4 5] 5. 服薬管理 [1 2 3 4 5] 6. 対人関係 [1 2 3 4 5] 7. 社会的適応を妨げる行動 [1 2 3 4 5]														
11 ADL	1. 移動 [0 1 2 3 4 5 6] 2. 移乗 [0 1 2 3 4 5 6] 3. 食事 [0 1 2 3 4 5 6] 4. 整容 [0 1 2 3 4 5 6] 5. 更衣 [0 1 2 3 4 5 6] 6. トイレの使用 [0 1 2 3 4 5 6] 7. 清拭 [0 1 2 3 4 5 6]														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ADL区分</th> <th>ADL得点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0～7</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8～14</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>15～21</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>22～28</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>29～35</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>36～42</td> </tr> </tbody> </table>	ADL区分	ADL得点	1	0～7	2	8～14	3	15～21	4	22～28	5	29～35	6	36～42	<p>※ ADLの支援レベル</p> <p>0：自立 (手助け、準備、観察は不要。または、1～2回のみ)</p> <p>1：準備のみ (ものや道具を患者の手に届く範囲に置くことが3回以上)</p> <p>2：観察 (見守り、励まし、誘導が3回以上)</p> <p>3：部分的な援助(動作の大部分<50%以上>は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重<身体>を支えない援助を3回以上)</p> <p>4：広範な援助 (動作の大部分<50%以上>は自分でできるが、体重を支える援助<たとえば、四肢や体幹の重みを支える>を3回以上)</p> <p>5：最大の援助 (動作の一部<50%未満>しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上)</p> <p>6：全面依存 (まる3日間すべての面で他者が全面援助した)</p>
ADL区分	ADL得点														
1	0～7														
2	8～14														
3	15～21														
4	22～28														
5	29～35														
6	36～42														
12 I ADL	<p>1. 食事の用意(献立を考える、食材を用意する、料理する、配膳する) [0 1 2]</p> <p>2. 家事一般(食事の片付け、掃除、布団、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯等) [0 1 2]</p> <p>3. 金銭管理(請求書の支払、貯金の管理、家計の収支勘定) [0 1 2]</p> <p>4. 薬の管理(服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用) [0 1 2]</p> <p>5. 電話の利用(自分で電話をかけたたり、受けたたり) [0 1 2]</p> <p>6. 買い物(食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う) [0 1 2]</p> <p>7. 交通手段の利用(バス、電車などの乗り物による移動) [0 1 2]</p> <p>※ 困難度 0：問題ない 1：いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる) 2：非常に困難(ほとんど、あるいは全く本人は実施できない)</p>														
合計点															
13 初回入院時の年齢	1. 20歳未満 2. 20歳～29歳 3. 30歳～39歳 4. 40歳～49歳 5. 50歳～59歳 6. 60歳～64歳 7. 65歳以上														

14 通算入院回数	1. 1回 5. 7～8回	2. 2回 6. 10回以上	3. 3回 7. 不明	4. 4～6回
15 通算入院期間	1. 5年以上10年未満 4. 20年以上30年未満	2. 10年以上15年未満 5. 30年以上	3. 15年以上20年未満 6. 不明	
16 今回の入院期間	1. 5年以上10年未満 4. 20年以上30年未満	2. 10年以上15年未満 5. 30年以上	3. 15年以上20年未満	
17 退院後の行き先	1. 自宅 2. 介護保険サービス ※「2. 介護保険サービス」を選択された場合、下記の種類も選択をしてください (1) 介護老人福祉施設 (2) 介護老人保健施設 (3) 介護療養型医療施設 (4) 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） (5) 特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等） (6) 医療機関（医療保険適用療養病床） (7) 医療機関（療養病床以外） (8) その他 3. 障害福祉サービス ※「3. 障害福祉サービス」を選択された場合、下記の種類も選択をしてください (1) グループホーム (2) ケアホーム (3) 宿泊型自立訓練 (4) その他 4. 医療機関 ※「4. 医療機関」を選択された場合、下記の種類も選択をしてください (1) 精神科病院 (2) 精神科以外の医療機関 (3) その他 5. 死亡			

II. 以下の18～19について、あてはまるもの全てに○をつけてください。

※ [17 退院後の行き先]で[5. 死亡]以外を選択された場合に限り、ご回答ください。

18 退院した理由	1. 本人の希望 2. 病状が安定した 3. 家族協力が得られた 4. 経済的安定が得られた 5. 身体疾患の治療が必要となった 理由 (1) 積極的治療が必要 (2) 緊急時対応が必要 (3) 自己管理できない (4) 常時医療的処置が必要 身体合併症 (a) 呼吸器 (b) 循環器 (c) 消化器 (d) 内分泌 (e) 運動器 (f) 腎泌尿器 (g) 血液、免疫系 (h) 脳、神経系 (i) 感覚器 (j) 皮膚疾患 (k) 生殖器 6. 施設入所が可能となった 7. その他			
-----------	---	--	--	--

19 退院後考えられるサービス(利用中も含)	1. 介護保険サービス <ul style="list-style-type: none"> (1) (介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプサービス) (2) (介護予防) 訪問入浴介護 (3) (介護予防) 訪問看護 (4) (介護予防) 訪問リハビリテーション (5) (介護予防) 居宅療養管理指導 (6) (介護予防) 通所介護 (デイサービス) (7) (介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア) (8) (介護予防) 短期入所生活介護 (特養等) (9) (介護予防) 短期入所療養介護 (老健・診療所) (10) (介護予防) 特定施設入居者生活介護 (11) (介護予防) 福祉用具貸与 (12) 特定(介護予防) 福祉用具販売 (13) 住宅改修 (14) 夜間対応型訪問介護 (15) (介護予防) 認知症対応型通所介護 (16) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 (17) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (18) 地域密着型特定施設入居者生活介護 (19) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (20) その他
	2. 障害福祉サービス <ul style="list-style-type: none"> (1) ホームヘルパー (2) 就労系サービス (3) 自立訓練(生活訓練) (4) 自立支援医療 (5) 地域活動支援センター (6) 相談支援事業所 (7) その他
	3. 保健 <ul style="list-style-type: none"> (1) 訪問指導 (2) その他
	4. 医療 <ul style="list-style-type: none"> (1) 往診 (2) 外来診療 (3) 精神科訪問看護 (4) 訪問薬剤管理指導 (5) 訪問栄養食事指導 (6) 精神科デイ・ケア (7) 精神科デイ・ナイトケア (8) 精神科ナイトケア (9) 精神科ショートケア (10) 精神科作業療法(外来) (11) その他
	5. その他 <ul style="list-style-type: none"> (1) 成年後見制度 (2) 日常生活自立支援事業 (3) 家族会など (4) ハローワーク・障害者職業センター (5) ボランティア (6) その他

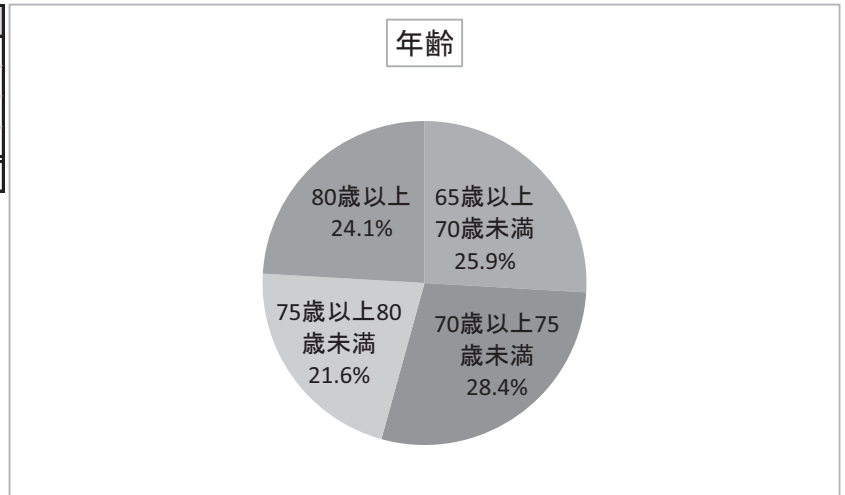
平成24年度 長期入院患者 実態調査(退院患者)結果 65歳以上 集計

- ◇ 平成23年9月1日～平成24年8月31日の間に退院した患者で、
 下記①②の全てに該当する患者について、退院時の状況をご回答ください。
 ① 入院5年以上 ② 認知症を除く

I. 以下の01～17について、それぞれあてはまるもの1つを選択してください。

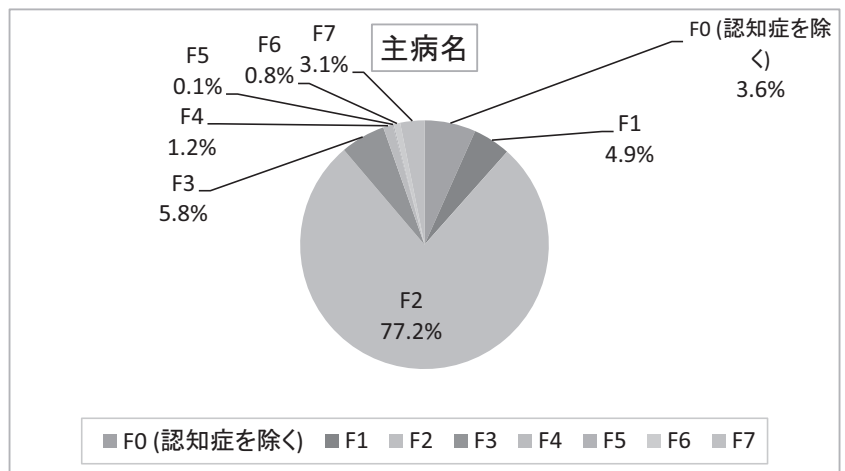
I - 01 年齢

年齢	人数
65歳以上70歳未満	520
70歳以上75歳未満	569
75歳以上80歳未満	434
80歳以上	483
合計	2,006



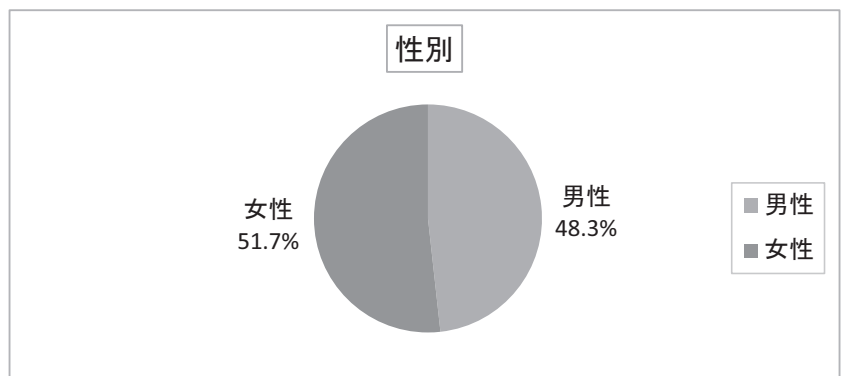
I - 02 主病名

主病名	人数
F0 (認知症を除く)	134
F1	98
F2	1,549
F3	117
F4	25
F5	3
F6	17
F7	63
合計	2,006



I - 03 性別

性別	人数
男性	968
女性	1,038
合計	2,006

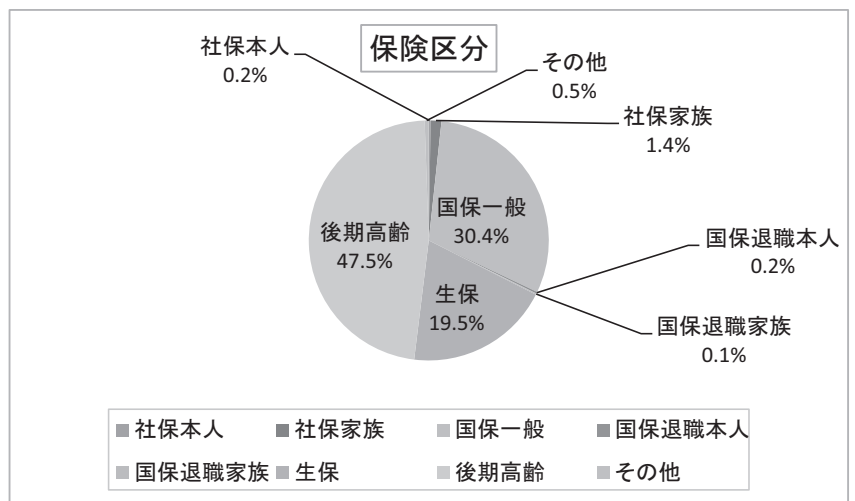


【年齢・性別 主病名】

年齢	性別	主病名								合計
		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	
65歳以上70歳未満	男	15	20	243	9	2		7	9	305
	女	9	1	183	7	2		1	12	215
70歳以上75歳未満	男	15	26	249	7	3		1	9	310
	女	10	3	220	18	2		1	5	259
75歳以上80歳未満	男	25	17	135	11	2	2	3	6	201
	女	11	6	179	26	5	1		5	233
80歳以上	男	9	18	107	5			2	11	152
	女	40	7	233	34	9		2	6	331
合計		134	98	1549	117	25	3	17	63	2006

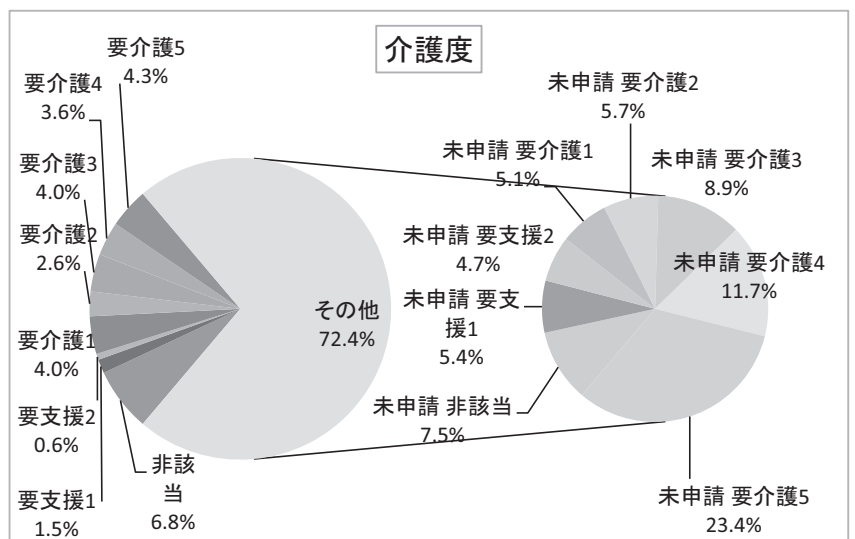
I-04 保険区分

保険区分	人数
社保本人	5
社保家族	29
国保一般	609
国保退職本人	5
国保退職家族	3
生保	391
後期高齢	953
その他	11
合計	2,006



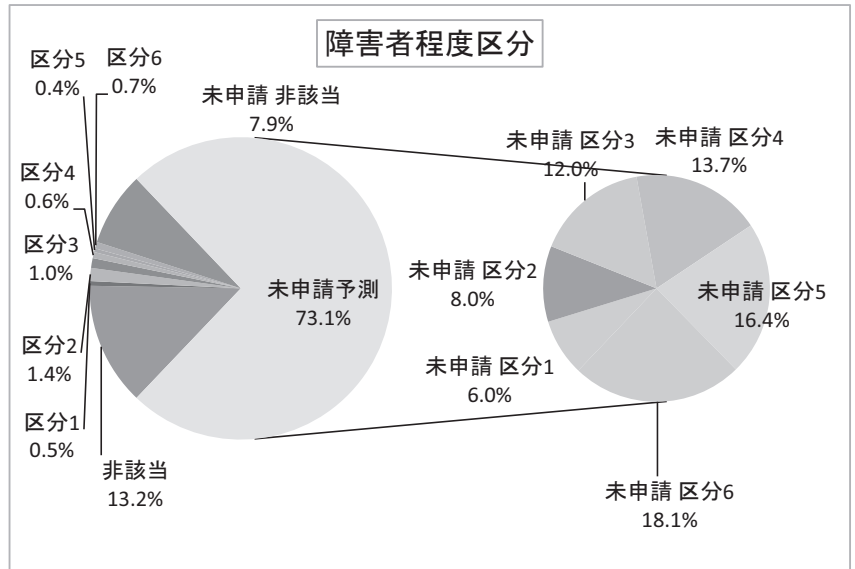
I-05 介護度

介護度	介護度予測	人数
非該当		137
要支援1		30
要支援2		13
要介護1		81
要介護2		53
要介護3		81
要介護4		73
要介護5		86
未申請	非該当	151
未申請	要支援1	108
未申請	要支援2	95
未申請	要介護1	102
未申請	要介護2	114
未申請	要介護3	178
未申請	要介護4	235
未申請	要介護5	469
合計		2,006



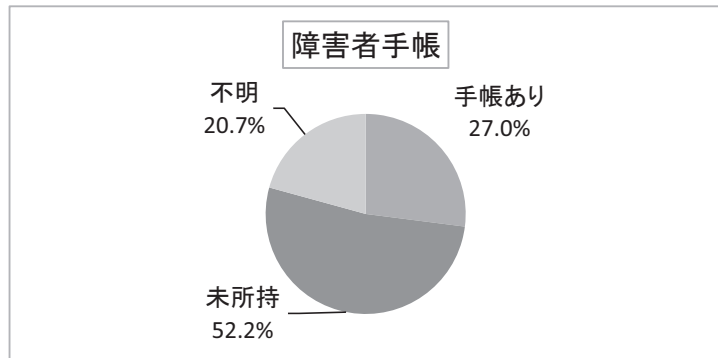
I - 06 障害者程度区分

障害者程度区分	予測	人数
非該当		264
区分1		10
区分2		28
区分3		21
区分4		13
区分5		8
区分6		14
未申請	非該当	159
未申請	区分1	121
未申請	区分2	161
未申請	区分3	240
未申請	区分4	275
未申請	区分5	328
未申請	区分6	364
合計		2,006

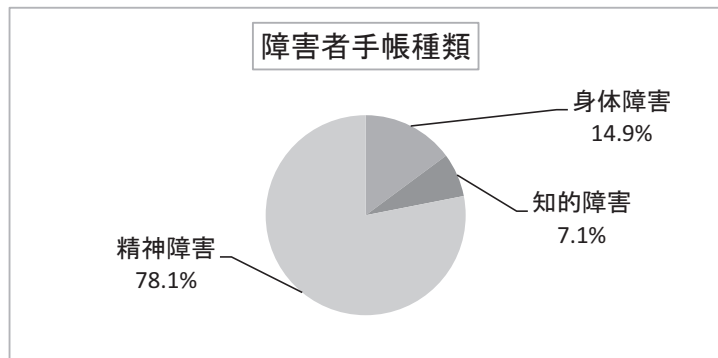


I - 07 障害者手帳

障害者手帳	人数
手帳あり	542
未所持	1,048
不明	416
合計	2,006

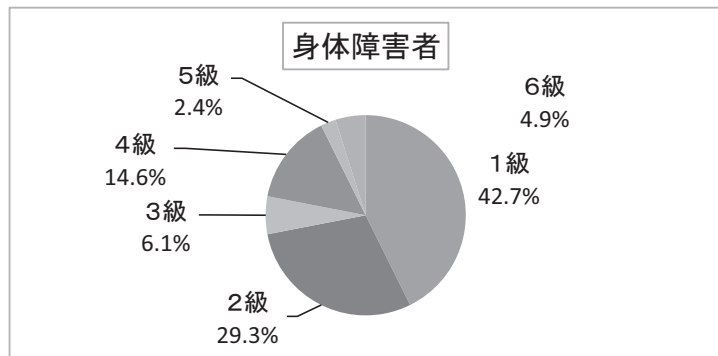


障害者手帳種類	人数
身体障害	82
知的障害	39
精神障害	431
合計	552

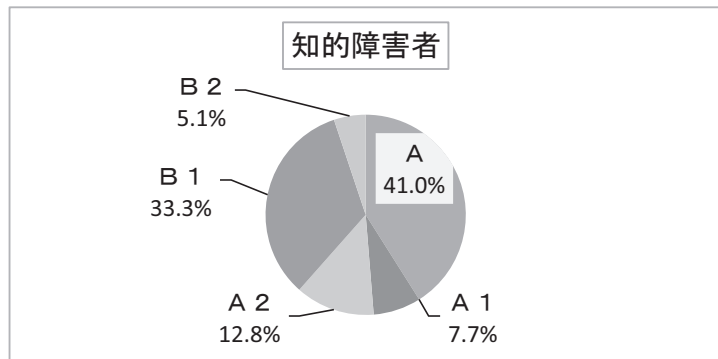


I - 07 障害者手帳 詳細

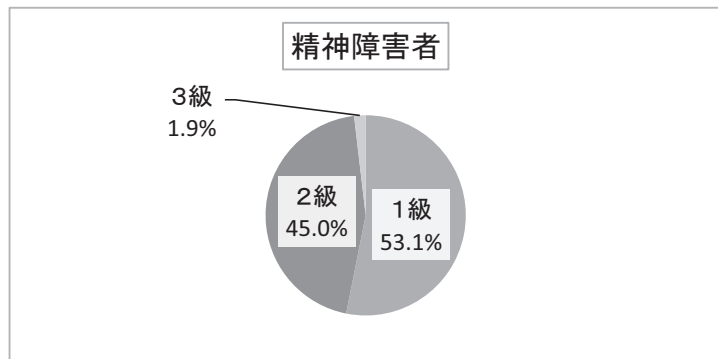
身体障害者	人数
1級	35
2級	24
3級	5
4級	12
5級	2
6級	4
合計	82



知的障害者	人数
A	16
A1	3
A2	5
B1	13
B2	2
合計	39

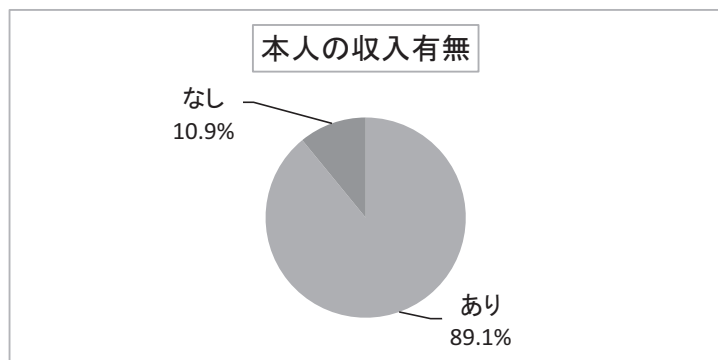


精神障害者	人数
1級	229
2級	194
3級	8
合計	431



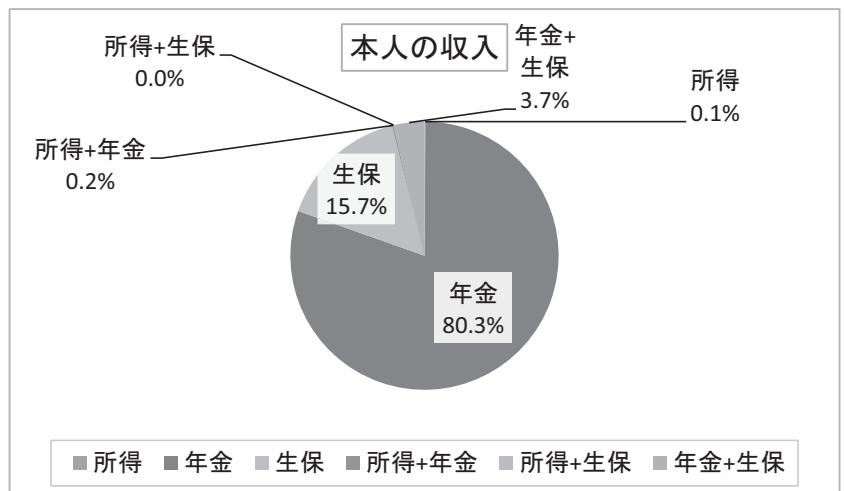
I-08 本人の収入 収入の有無

収入	人数
あり	1,787
なし	219
合計	2,006



I-08 本人の収入 収入の種類

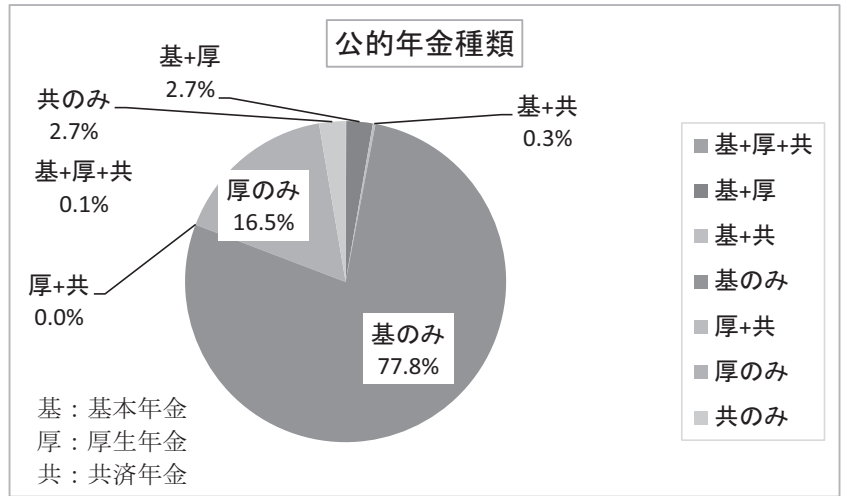
収入	人数
所得	2
年金	1,435
生保	280
所得+年金	4
所得+生保	0
年金+生保	66
合計	1,787



	所得	公的年金	生活保護	合計
所得	2	4	0	6
公的年金	4	1,435	66	1,505
生活保護	0	66	280	346
合計	6	1,505	346	

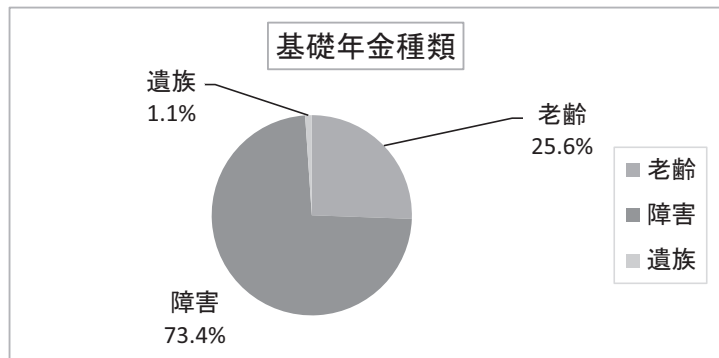
I-08 本人の収入 公的年金種類

種類	人数
基+厚+共	1
基+厚	40
基+共	4
基のみ	1,171
厚+共	0
厚のみ	249
共のみ	40
合計	1,505



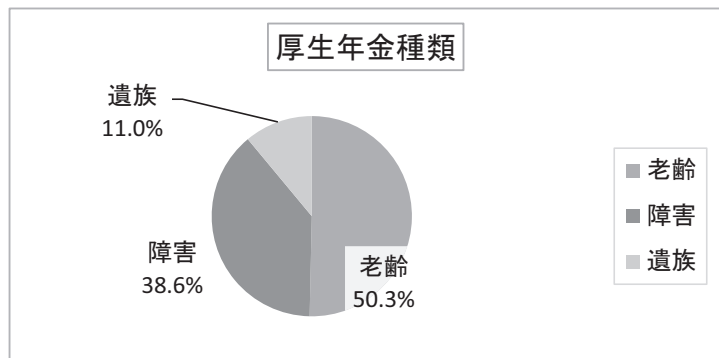
I-08 本人の収入 基礎年金種類

種類	人数
老齢	311
障害	892
遺族	13
合計	1,216



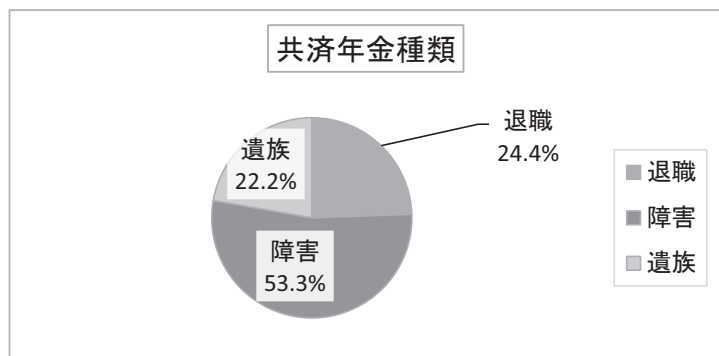
I-08 本人の収入 厚生年金種類

種類	人数
老齢	146
障害	112
遺族	32
合計	290



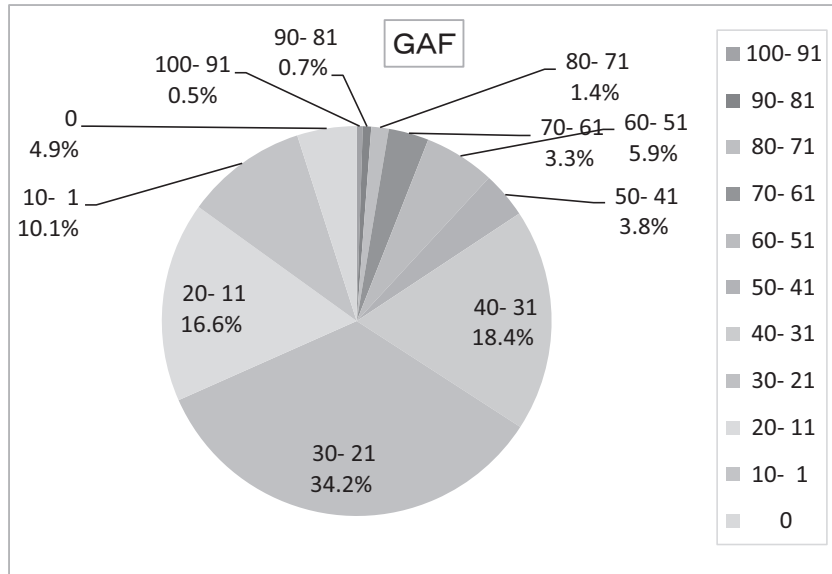
I-08 本人の収入 共済年金種類

種類	人数
退職	11
障害	24
遺族	10
合計	45



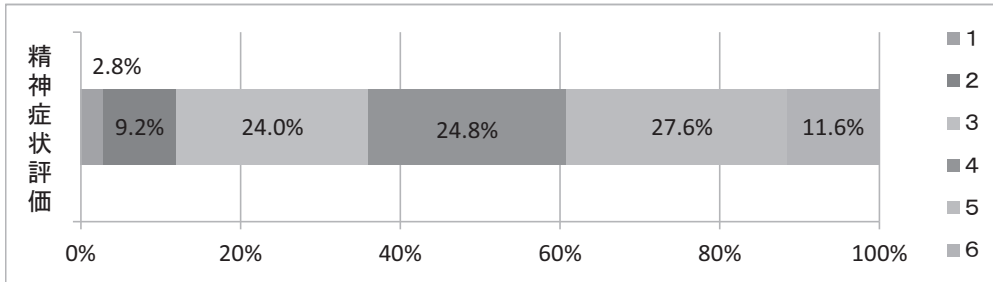
I - 09 GAF

GAF	人数
100- 91	10
90- 81	14
80- 71	29
70- 61	67
60- 51	118
50- 41	77
40- 31	370
30- 21	686
20- 11	333
10- 1	203
0	99
合計	2,006



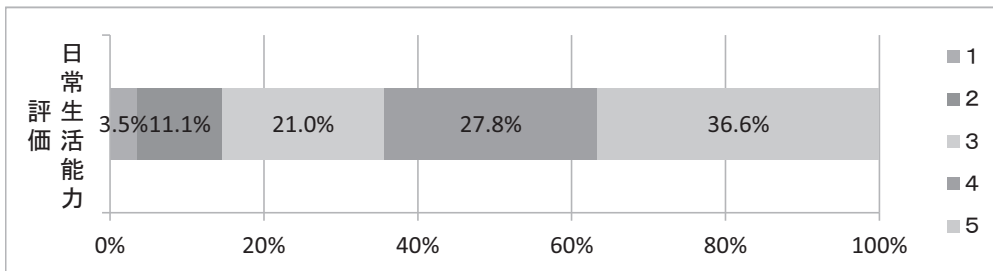
I -10 精神症状・能力障害二軸評価（日精協版）

精神症状評価



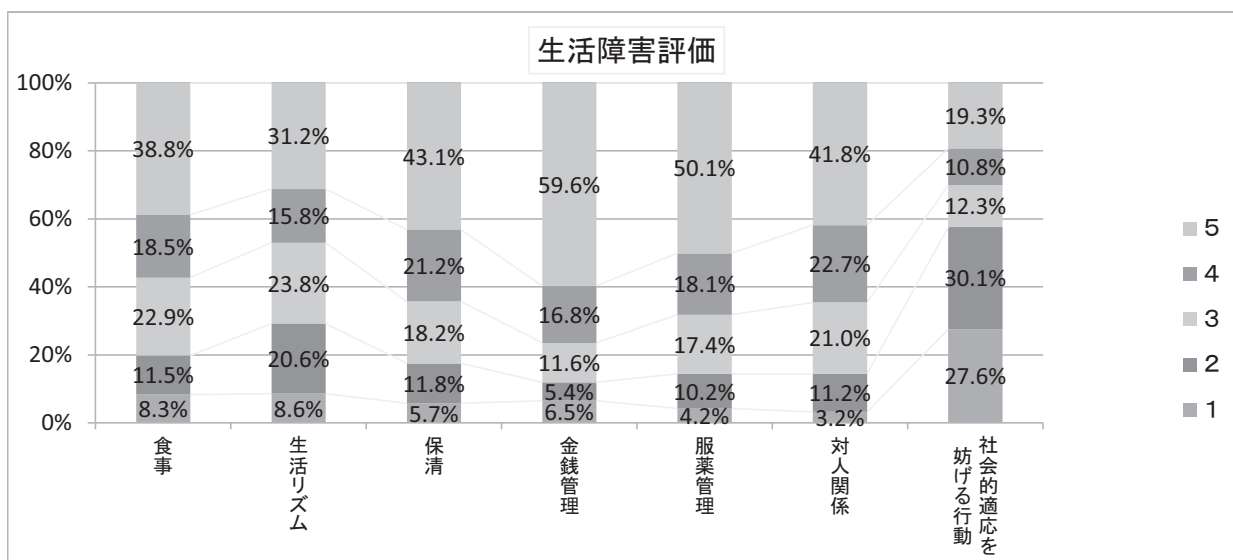
	1	2	3	4	5	6
精神症状評価	56	185	481	497	554	233

日常生活能力評価



	1	2	3	4	5
日常生活能力評価	70	222	422	557	735

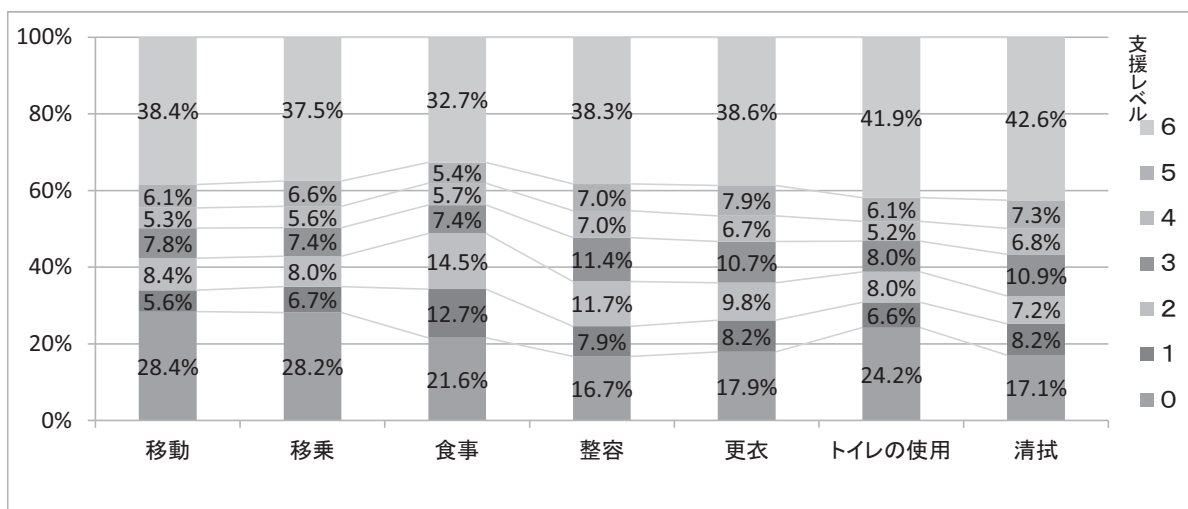
生活障害評価

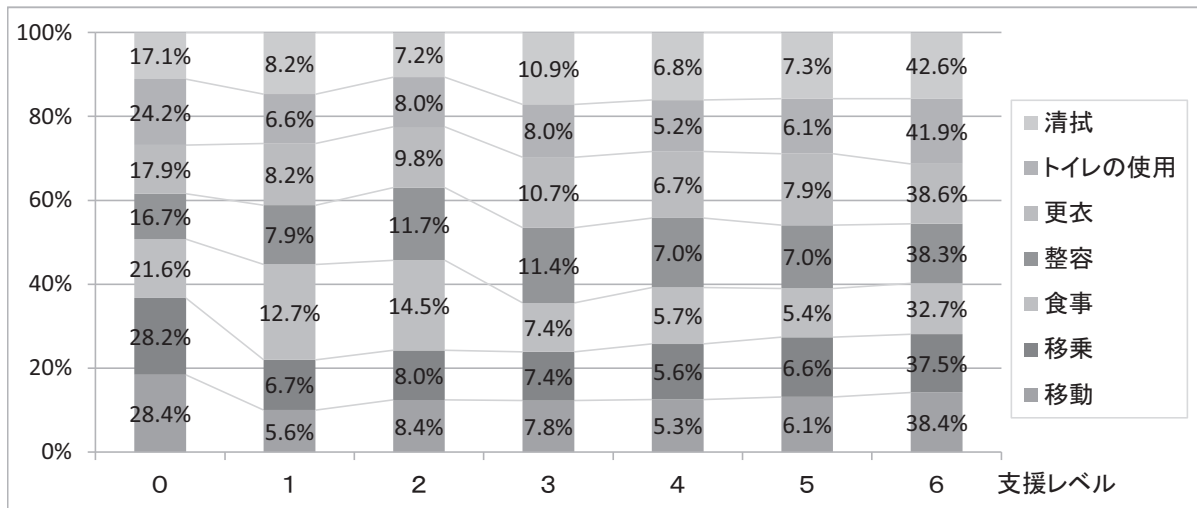


生活障害評価	1	2	3	4	5
食事	167	230	460	371	778
生活リズム	173	414	478	316	625
保清	115	236	365	425	865
金銭管理	130	109	233	338	1,196
服薬管理	84	204	349	363	1,006
対人関係	64	225	422	456	839
社会的適応を妨げる行動	553	603	246	216	388
合計	1,286	2,021	2,553	2,485	5,697

I-11 ADL

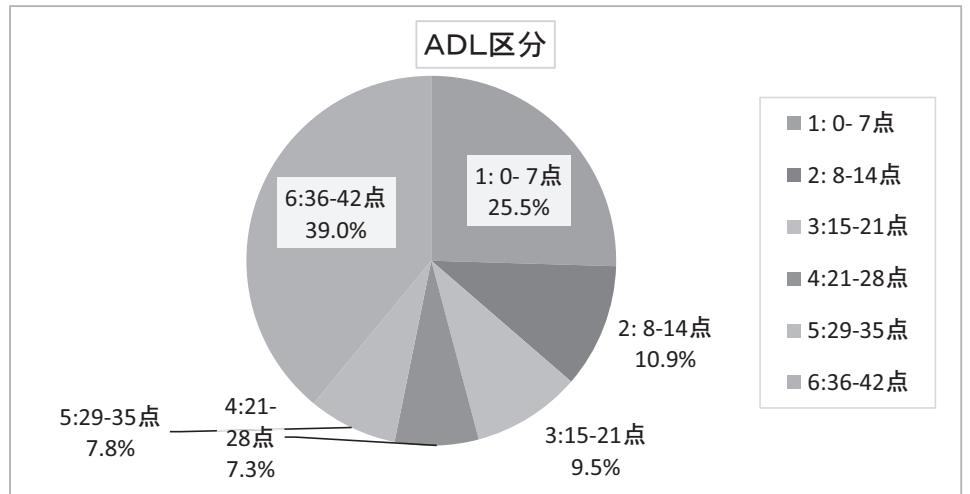
ADL	0	1	2	3	4	5	6
移動	570	112	168	156	107	122	771
移乗	565	135	161	148	112	132	753
食事	434	254	291	149	114	109	655
整容	336	158	234	229	141	140	768
更衣	360	165	197	215	135	159	775
トイレの使用	486	132	160	160	105	122	841
清拭	343	164	145	218	136	146	854
合計	3,094	1,120	1,356	1,275	850	930	5,417





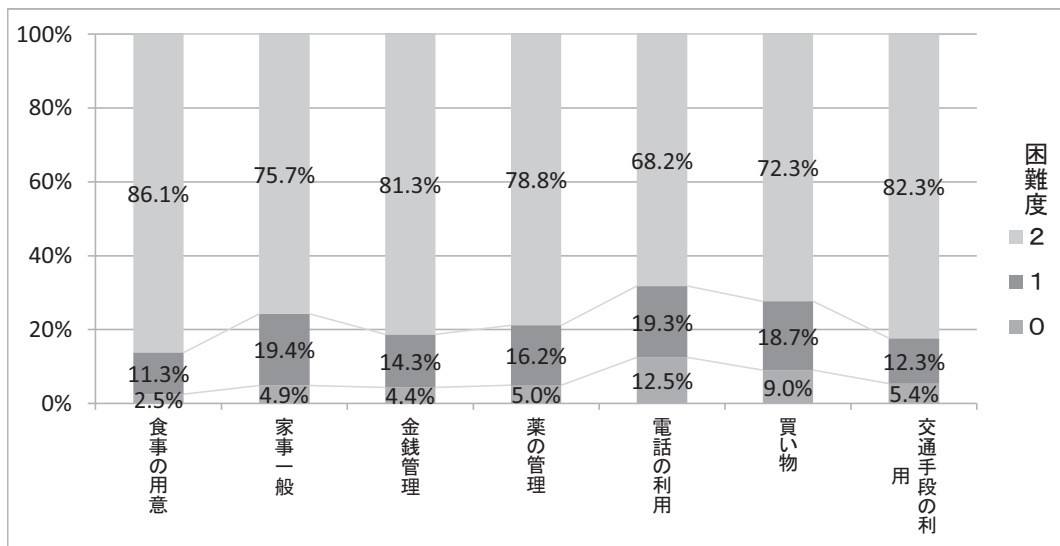
I-11 ADL ADL区分

ADL区分	人数
1: 0-7点	511
2: 8-14点	218
3: 15-21点	191
4: 21-28点	147
5: 29-35点	156
6: 36-42点	783
合計	2,006



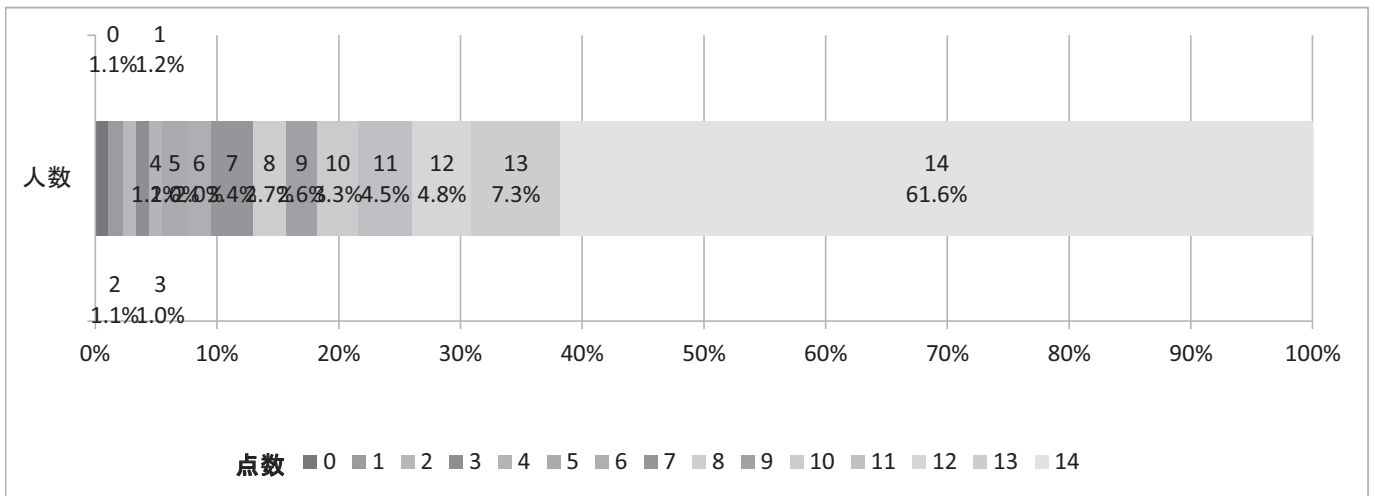
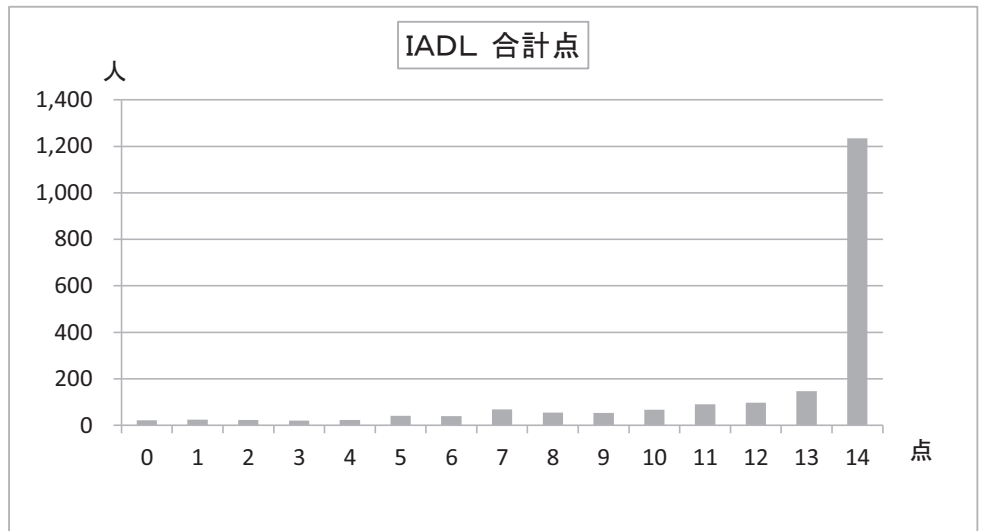
I-12 IADL

IADL	0	1	2
食事の用意	51	227	1,728
家事一般	99	389	1,518
金銭管理	89	286	1,631
薬の管理	100	325	1,581
電話の利用	250	387	1,369
買い物	180	376	1,450
交通手段の利用	109	246	1,651
合計	878	2,236	10,928
割合	6.3%	15.9%	77.8%



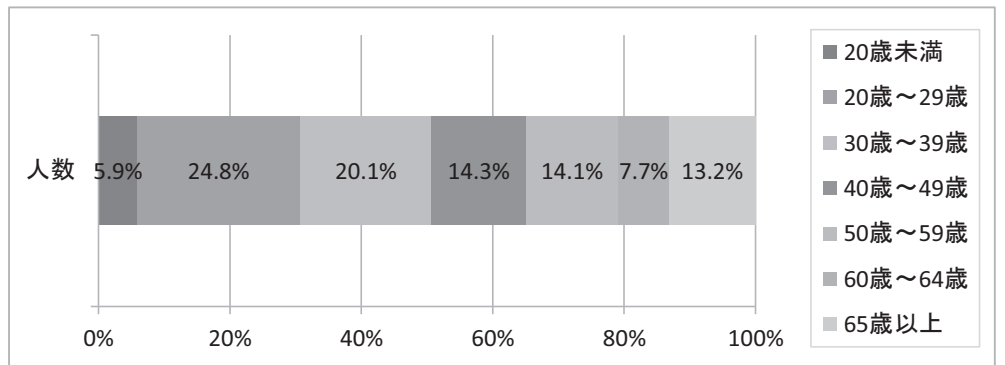
I-12 IADL 合計点

点数	人数
0	22
1	24
2	23
3	20
4	23
5	41
6	40
7	69
8	55
9	53
10	67
11	90
12	97
13	147
14	1,235
合計	2,006



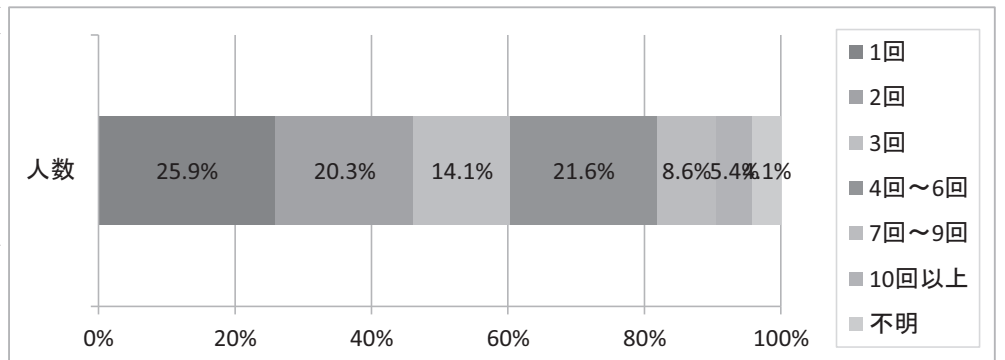
I-13 初回入院時の年齢

年齢	人数
20歳未満	118
20歳～29歳	498
30歳～39歳	403
40歳～49歳	286
50歳～59歳	282
60歳～64歳	155
65歳以上	264
合計	2,006



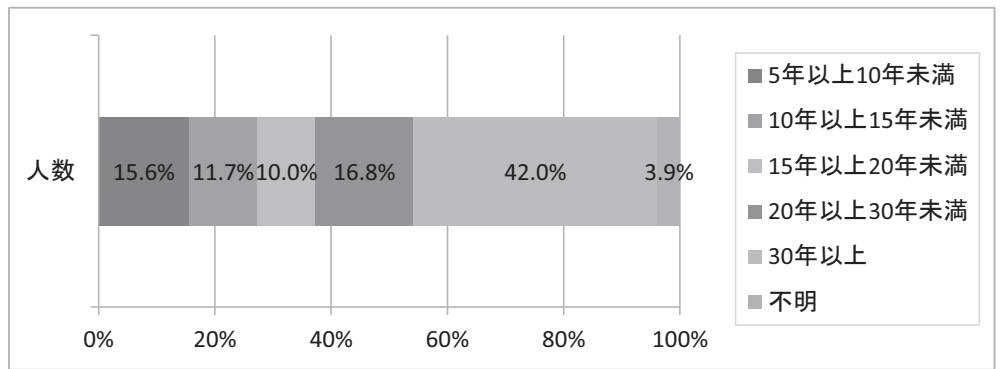
I-14 通算入院回数

通算入院回数	人数
1回	519
2回	407
3回	283
4回～6回	433
7回～9回	173
10回以上	109
不明	82
合計	2,006



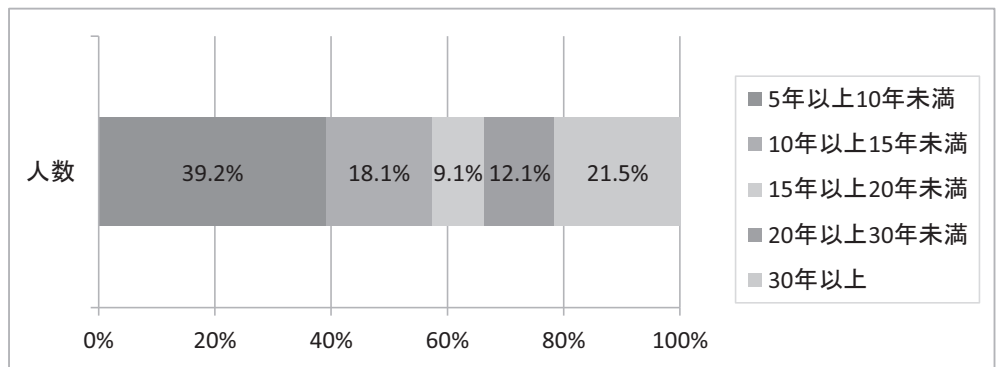
I-15 通算入院期間

通算入院期間	人数
5年以上10年未満	313
10年以上15年未満	234
15年以上20年未満	200
20年以上30年未満	338
30年以上	842
不明	79
合計	2,006



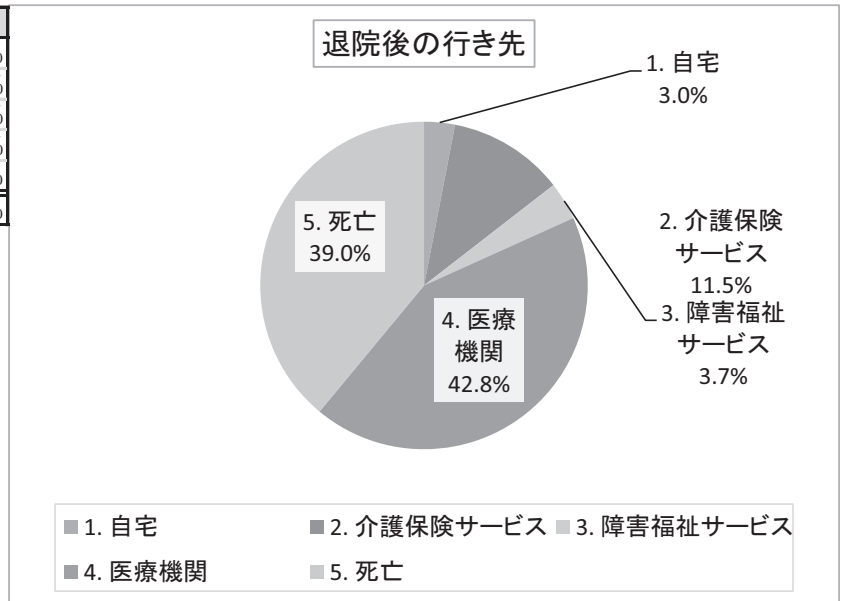
I-16 今回の入院期間

今回の入院期間	人数
5年以上10年未満	787
10年以上15年未満	363
15年以上20年未満	182
20年以上30年未満	242
30年以上	432
合計	2,006



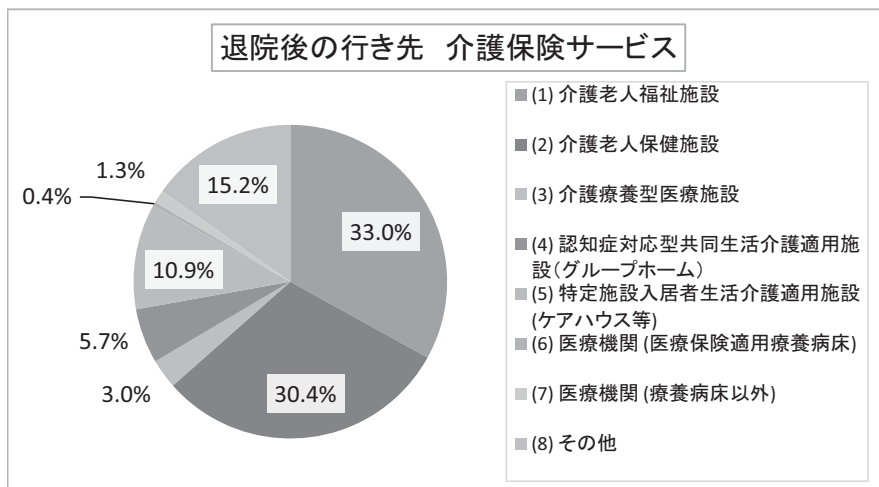
I-17 退院後の行き先

退院後の行き先	人数	割合
1. 自宅	61	3.0%
2. 介護保険サービス	230	11.5%
3. 障害福祉サービス	75	3.7%
4. 医療機関	858	42.8%
5. 死亡	782	39.0%
合計	2,006	100.0%



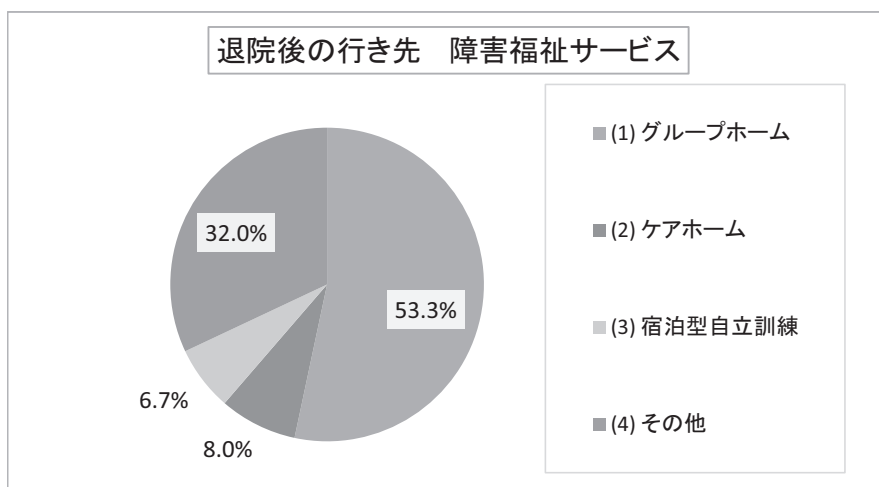
I-17 退院後の行き先
2. 介護保険サービス

退院後の行き先 介護保険サービス	人数	割合
(1) 介護老人福祉施設	76	33.0%
(2) 介護老人保健施設	70	30.4%
(3) 介護療養型医療施設	7	3.0%
(4) 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	13	5.7%
(5) 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	25	10.9%
(6) 医療機関(医療保険適用療養病床)	1	0.4%
(7) 医療機関(療養病床以外)	3	1.3%
(8) その他	35	15.2%
合計	230	100.0%



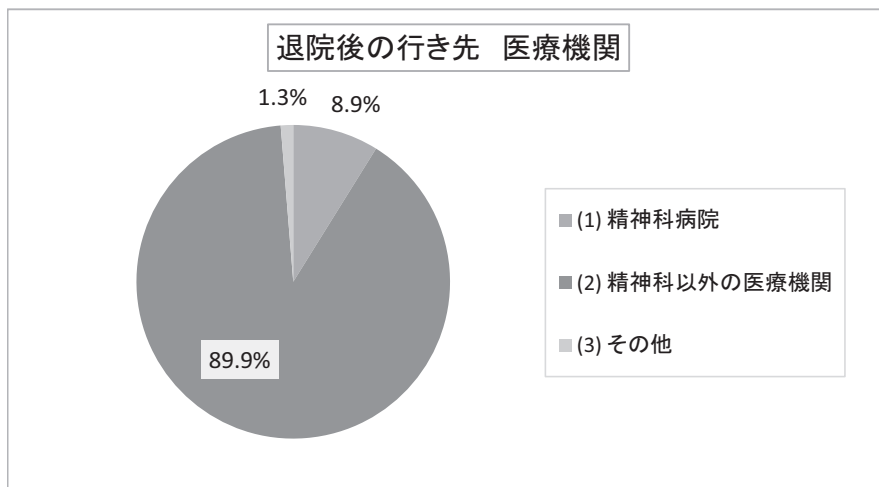
I - 17 退院後の行き先
3. 障害福祉サービス

退院後の行き先 障害福祉サービス	人数	割合
(1) グループホーム	40	53.3%
(2) ケアホーム	6	8.0%
(3) 宿泊型自立訓練	5	6.7%
(4) その他	24	32.0%
合計	75	100.0%



I - 17 退院後の行き先
4. 医療機関

退院後の行き先 医療機関	人数	割合
(1) 精神科病院	76	8.9%
(2) 精神科以外の医療機関	771	89.9%
(3) その他	11	1.3%
合計	858	100.0%

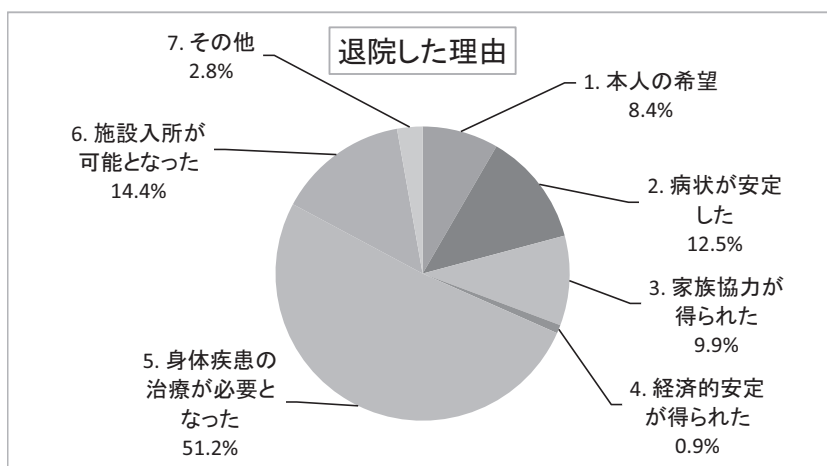


II. 以下の18～19について、あてはまるもの全てを選択してください。
 ※ [17 退院後の行き先]で[5. 死亡]以外を選択された場合に限り、ご回答ください。

II- 18 退院した理由

(複数回答)

退院した理由	人数	割合
1. 本人の希望	135	8.4%
2. 病状が安定した	201	12.5%
3. 家族協力が得られた	159	9.9%
4. 経済的安定が得られた	15	0.9%
5. 身体疾患の治療が必要となった	825	51.2%
6. 施設入所が可能となった	232	14.4%
7. その他	45	2.8%
合計	1,612	100.0%

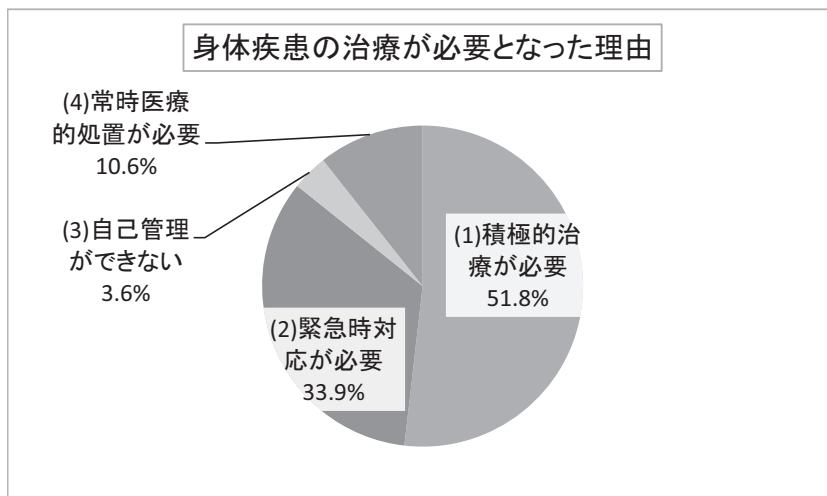


II- 18 退院した理由

5. 身体疾患の治療が必要となった [理由]

(複数回答)

身体疾患の治療が必要となった[理由]	人数	割合
(1)積極的治療が必要	472	51.8%
(2)緊急時対応が必要	309	33.9%
(3)自己管理ができない	33	3.6%
(4)常時医療的処置が必要	97	10.6%
合計	911	100.0%

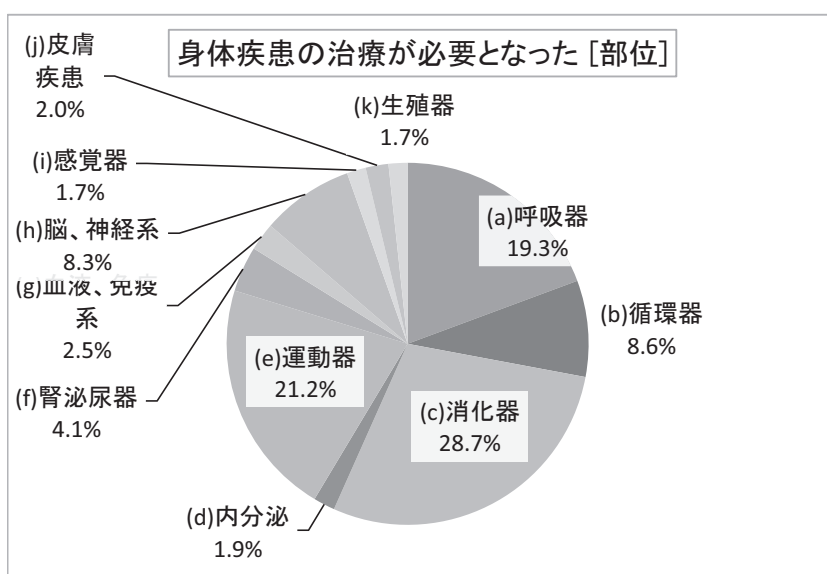


II- 18 退院した理由

5. 身体疾患の治療が必要となった [部位]

(複数回答)

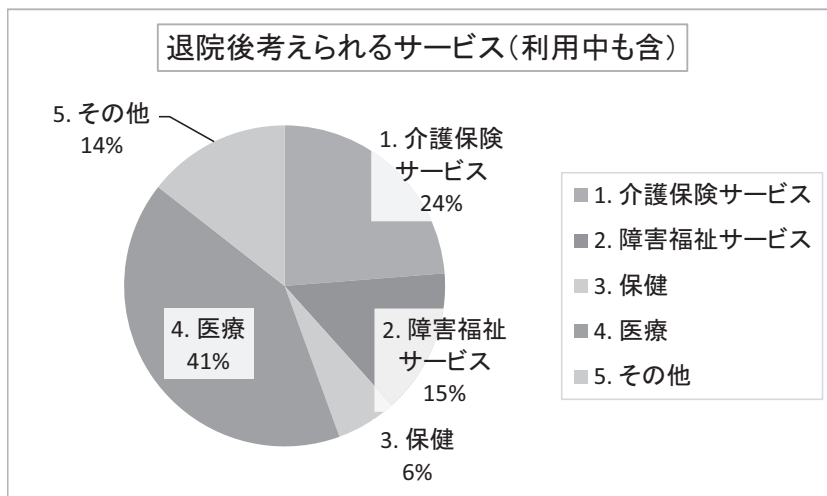
身体疾患の治療が必要となった[部位]	人数	割合
(a)呼吸器	171	19.3%
(b)循環器	76	8.6%
(c)消化器	254	28.7%
(d)内分泌	17	1.9%
(e)運動器	187	21.2%
(f)腎泌尿器	36	4.1%
(g)血液、免疫系	22	2.5%
(h)脳、神経系	73	8.3%
(i)感覚器	15	1.7%
(j)皮膚疾患	18	2.0%
(k)生殖器	15	1.7%
合計	884	100.0%



II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)

(複数回答)

退院後考えられるサービス(利用中も含)	人数	割合
1. 介護保険サービス	558	23.8%
2. 障害福祉サービス	343	14.6%
3. 保健	143	6.1%
4. 医療	966	41.1%
5. その他	339	14.4%
合計	2,349	100.0%

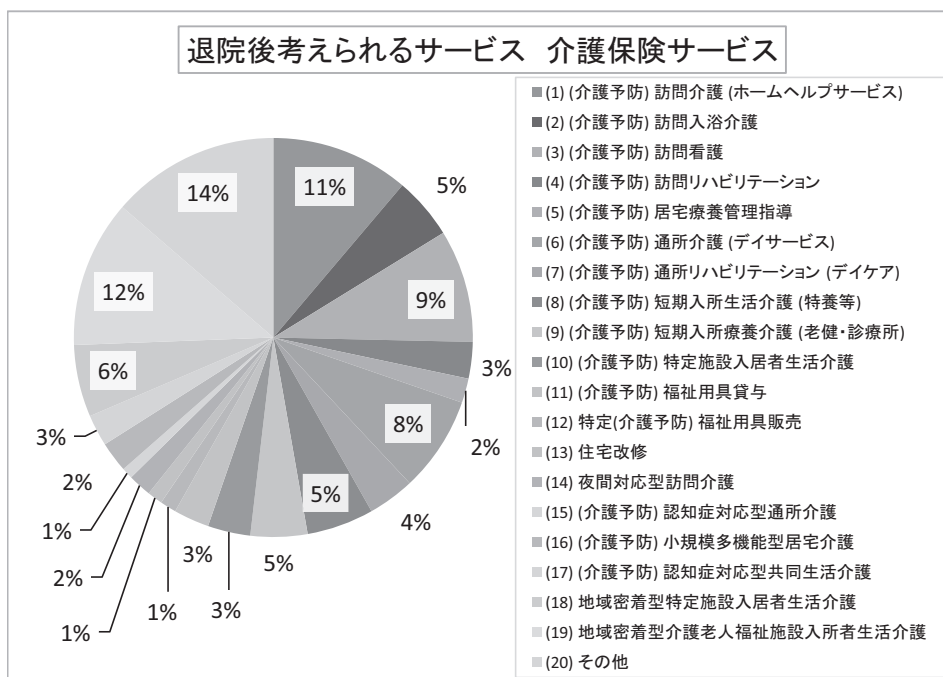


II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)

1. 介護保険サービス

(複数回答)

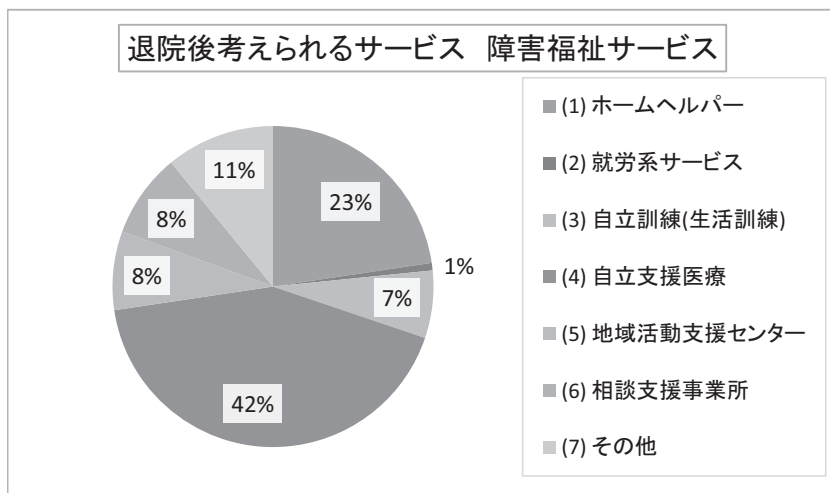
退院後考えられるサービス 介護保険サービス	人数	割合
(1) (介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	136	11.2%
(2) (介護予防) 訪問入浴介護	61	5.0%
(3) (介護予防) 訪問看護	111	9.1%
(4) (介護予防) 訪問リハビリテーション	36	3.0%
(5) (介護予防) 居宅療養管理指導	24	2.0%
(6) (介護予防) 通所介護 (デイサービス)	94	7.7%
(7) (介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)	46	3.8%
(8) (介護予防) 短期入所生活介護 (特養等)	66	5.4%
(9) (介護予防) 短期入所療養介護 (老健・診療所)	56	4.6%
(10) (介護予防) 特定施設入居者生活介護	42	3.5%
(11) (介護予防) 福祉用具貸与	35	2.9%
(12) 特定(介護予防) 福祉用具販売	16	1.3%
(13) 住宅改修	15	1.2%
(14) 夜間対応型訪問介護	23	1.9%
(15) (介護予防) 認知症対応型通所介護	11	0.9%
(16) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	30	2.5%
(17) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	31	2.6%
(18) 地域密着型特定施設入居者生活介護	71	5.8%
(19) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	145	11.9%
(20) その他	166	13.7%
合計	1,215	100.0%



Ⅱ- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)
2. 障害福祉サービス

(複数回答)

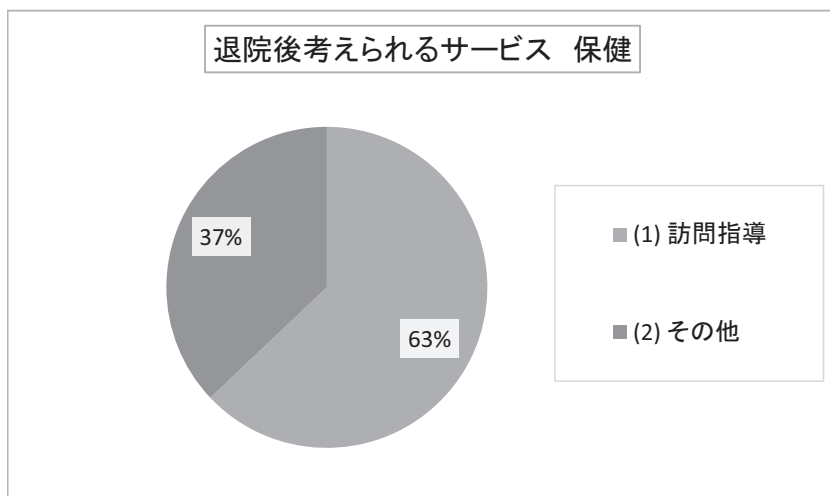
退院後考えられるサービス 障害福祉サービス	人数	割合
(1) ホームヘルパー	120	22.6%
(2) 就労系サービス	4	0.8%
(3) 自立訓練(生活訓練)	36	6.8%
(4) 自立支援医療	225	42.5%
(5) 地域活動支援センター	42	7.9%
(6) 相談支援事業所	45	8.5%
(7) その他	58	10.9%
合計	530	100.0%



Ⅱ- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)
3. 保健

(複数回答)

退院後考えられるサービス 保健	人数	割合
(1) 訪問指導	90	62.9%
(2) その他	53	37.1%
合計	143	100.0%

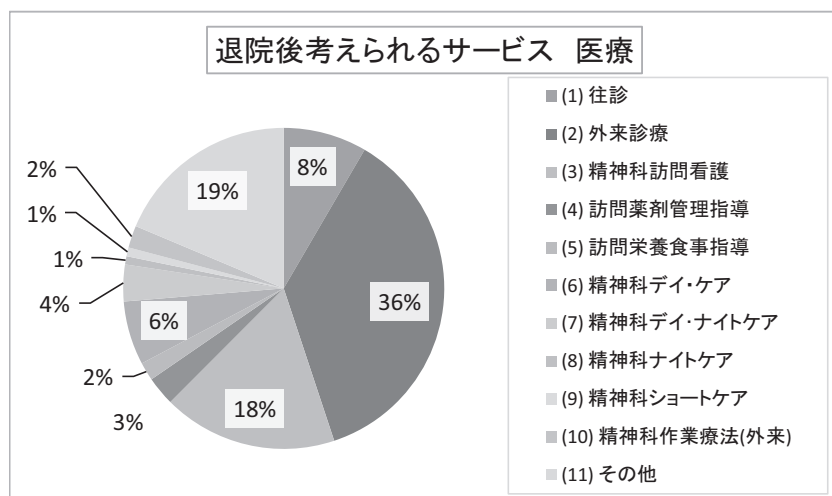


II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)

4. 医療

(複数回答)

退院後考えられるサービス 医療	人数	割合
(1) 往診	132	8.4%
(2) 外来診療	573	36.5%
(3) 精神科訪問看護	276	17.6%
(4) 訪問薬剤管理指導	46	2.9%
(5) 訪問栄養食事指導	29	1.8%
(6) 精神科デイ・ケア	101	6.4%
(7) 精神科デイ・ナイトケア	58	3.7%
(8) 精神科ナイトケア	13	0.8%
(9) 精神科ショートケア	14	0.9%
(10) 精神科作業療法(外来)	35	2.2%
(11) その他	293	18.7%
合計	1,570	100.0%

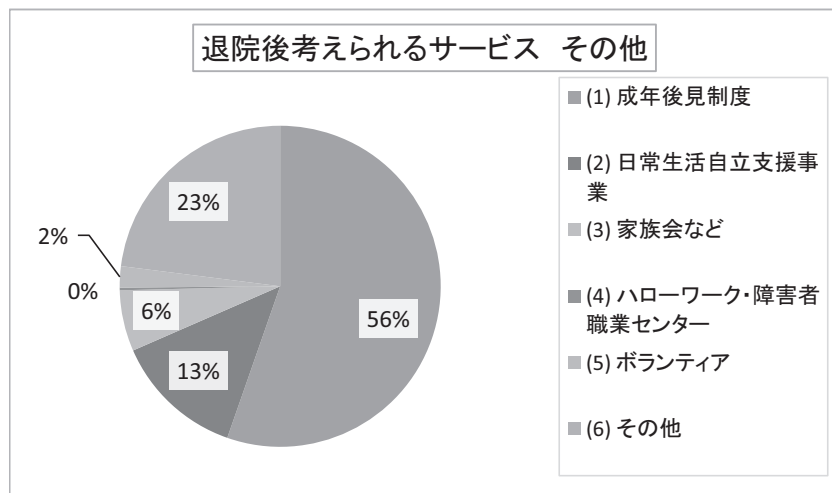


II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)

5. その他

(複数回答)

退院後考えられるサービス その他	人数	割合
(1) 成年後見制度	207	39.1%
(2) 日常生活自立支援事業	49	9.2%
(3) 家族会など	23	4.3%
(4) ハローワーク・障害者職業センター	1	0.2%
(5) ボランティア	8	1.5%
(6) その他	86	16.2%
合計	374	70.6%



平成24年度 長期入院患者 実態調査(退院患者)結果 65歳以上 集計

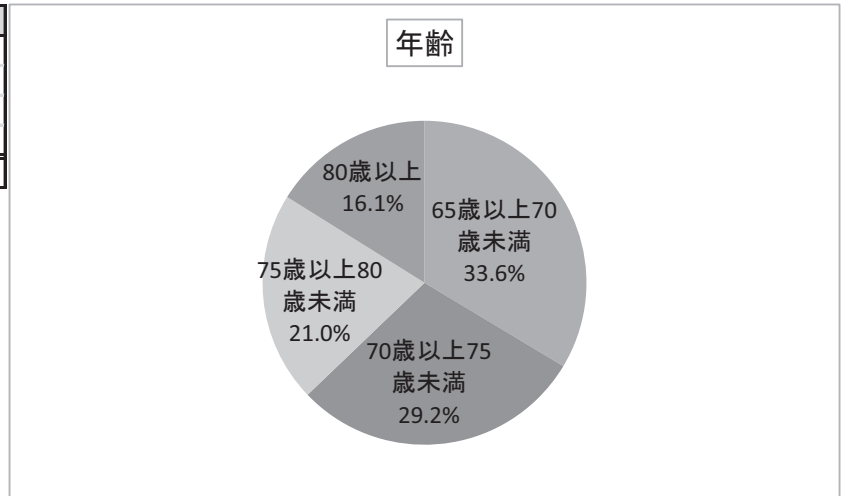
対象【退院後の行き先 1自宅+2介護保険サービス+3障害福祉サービス】
(医療機関に転院した患者及び死亡した患者を除く)

- ◇ 平成23年9月1日～平成24年8月31日の間に退院した患者で、
下記①②の全てに該当する患者について、退院時の状況をご回答ください。
① 入院5年以上 ② 認知症を除く

I. 以下の01～17について、それぞれあてはまるもの1つを選択してください。

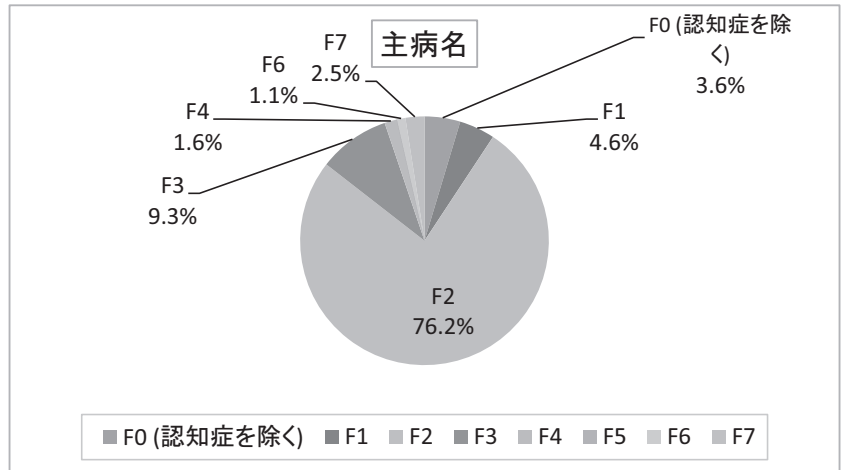
I - 01 年齢

年齢	人数
65歳以上70歳未満	123
70歳以上75歳未満	107
75歳以上80歳未満	77
80歳以上	59
合計	366



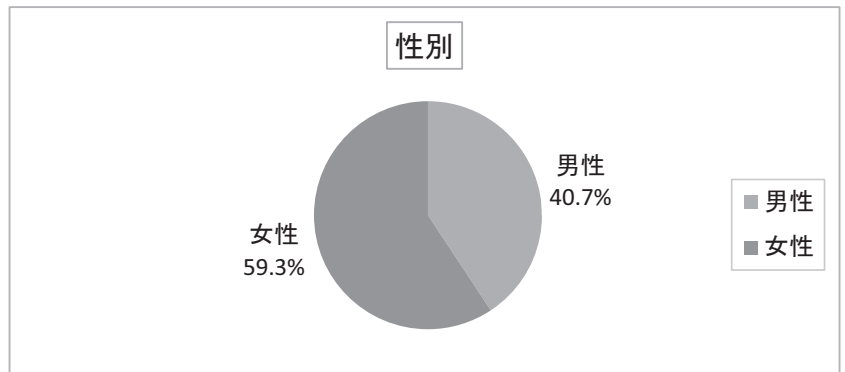
I - 02 主病名

主病名	人数
F0 (認知症を除く)	17
F1	17
F2	279
F3	34
F4	6
F5	0
F6	4
F7	9
合計	366



I - 03 性別

性別	人数
男性	149
女性	217
合計	366

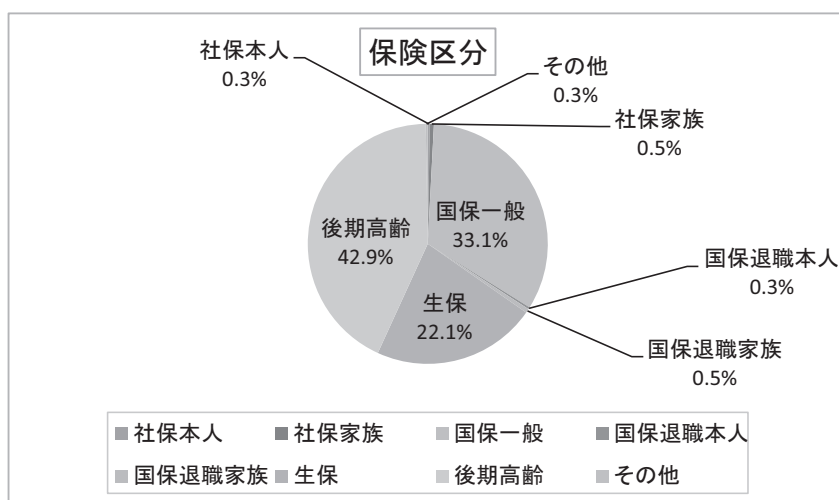


【年齢・性別 主病名】

年齢	性別	主病名							合計	
		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6		F7
65歳以上70歳未満	男	5	7	45	5			2	2	66
	女	1	1	46	5				4	57
70歳以上75歳未満	男	3	3	38	1	1			1	47
	女	2		49	6	1		1	1	60
75歳以上80歳未満	男	3	3	14	2			1		23
	女		1	41	10	1			1	54
80歳以上	男	1	2	10						13
	女	2		36	5	3				46
合計		17	17	279	34	6	0	4	9	366

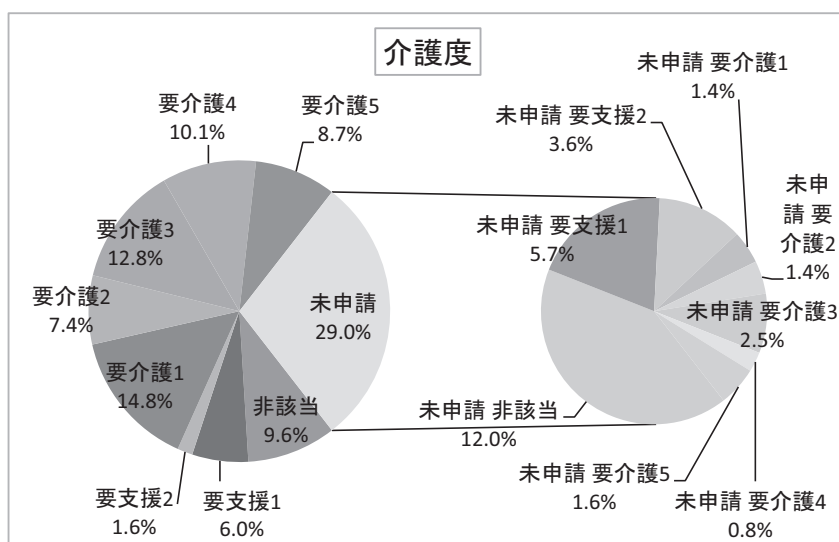
I - 04 保険区分

保険区分	人数
社保本人	1
社保家族	2
国保一般	121
国保退職本人	1
国保退職家族	2
生保	81
後期高齢	157
その他	1
合計	366



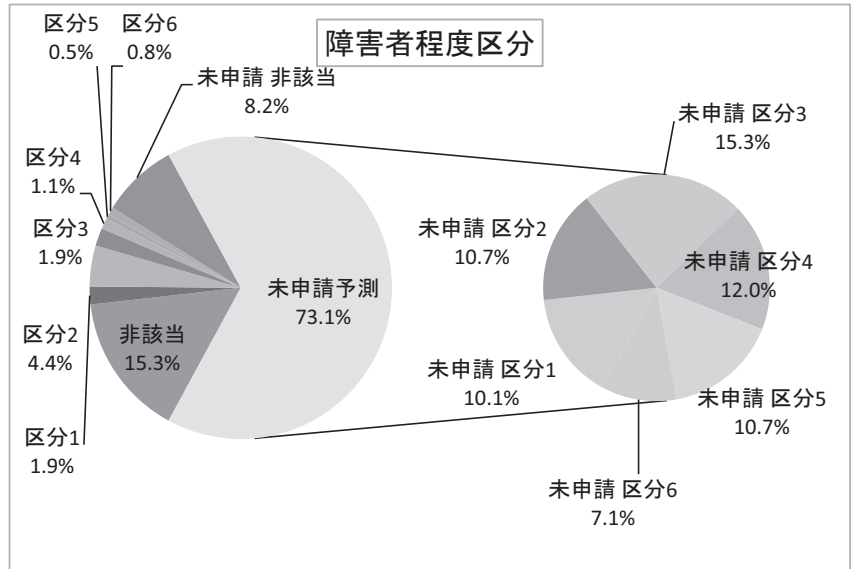
I - 05 介護度

介護度	介護度予測	人数
非該当		35
要支援1		22
要支援2		6
要介護1		54
要介護2		27
要介護3		47
要介護4		37
要介護5		32
未申請	非該当	44
未申請	要支援1	21
未申請	要支援2	13
未申請	要介護1	5
未申請	要介護2	5
未申請	要介護3	9
未申請	要介護4	3
未申請	要介護5	6
合計		366



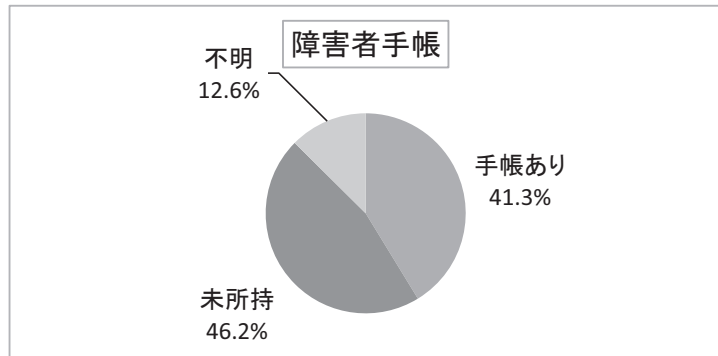
I - 06 障害者程度区分

障害者程度区分	予測	人数
非該当		56
区分1		7
区分2		16
区分3		7
区分4		4
区分5		2
区分6		3
未申請	非該当	30
未申請	区分1	37
未申請	区分2	39
未申請	区分3	56
未申請	区分4	44
未申請	区分5	39
未申請	区分6	26
合計		366

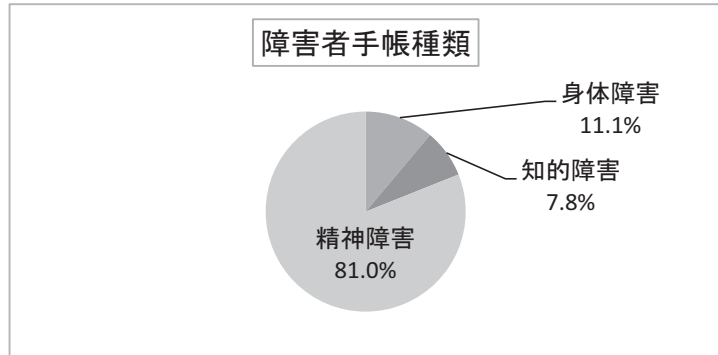


I - 07 障害者手帳

障害者手帳	人数
手帳あり	151
未所持	169
不明	46
合計	366

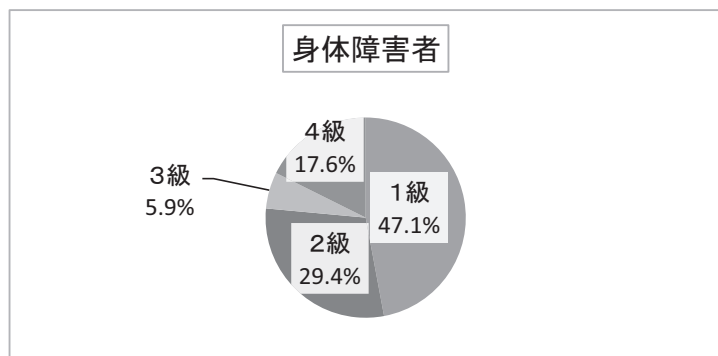


障害者手帳種類	人数
身体障害	17
知的障害	12
精神障害	124
合計	153

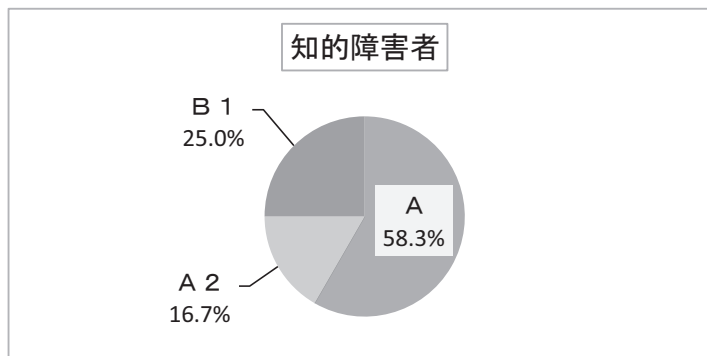


I - 07 障害者手帳 詳細

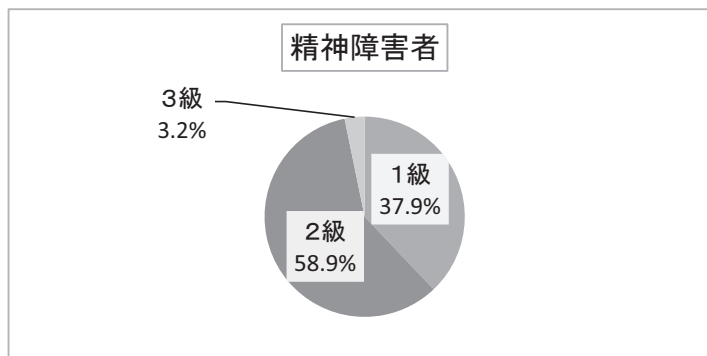
身体障害者	人数
1級	8
2級	5
3級	1
4級	3
5級	0
6級	0
合計	17



知的障害者	人数
A	7
A1	0
A2	2
B1	3
B2	0
合計	12

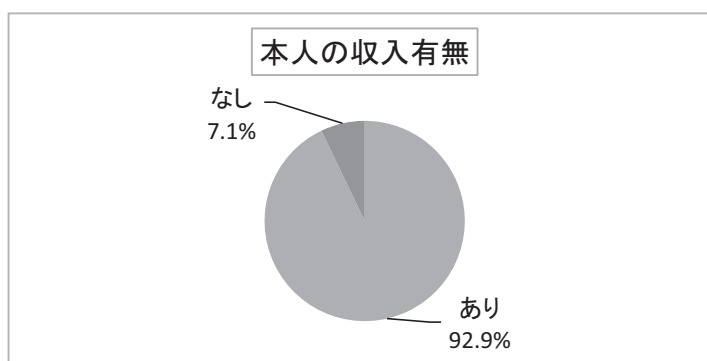


精神障害者	人数
1級	47
2級	73
3級	4
合計	124



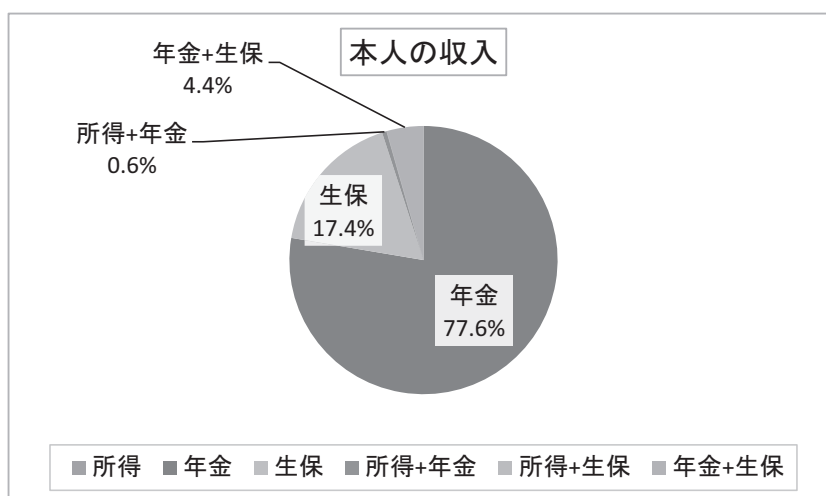
I-08 本人の収入 収入の有無

収入	人数
あり	340
なし	26
合計	366



I-08 本人の収入 収入の種類

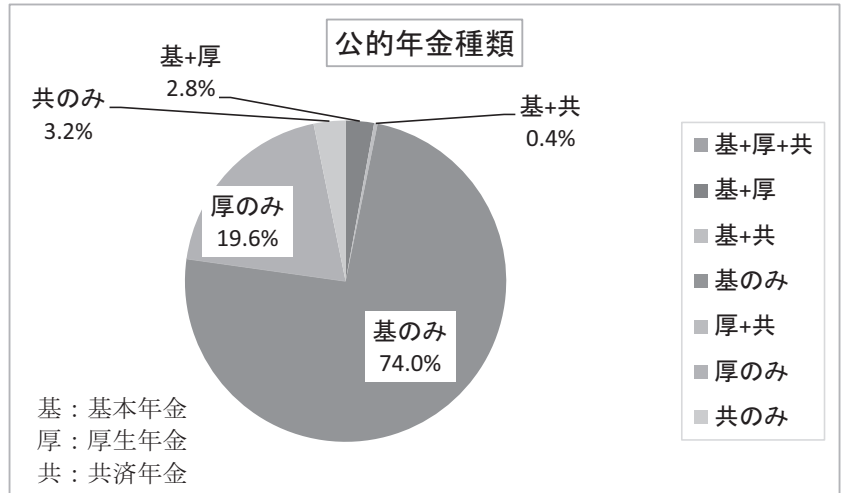
収入	人数
所得	0
年金	264
生保	59
所得+年金	2
所得+生保	0
年金+生保	15
合計	340



	所得	公的年金	生活保護	合計
所得	0	2	0	2
公的年金	2	264	15	281
生活保護	0	15	59	74
合計	2	281	74	

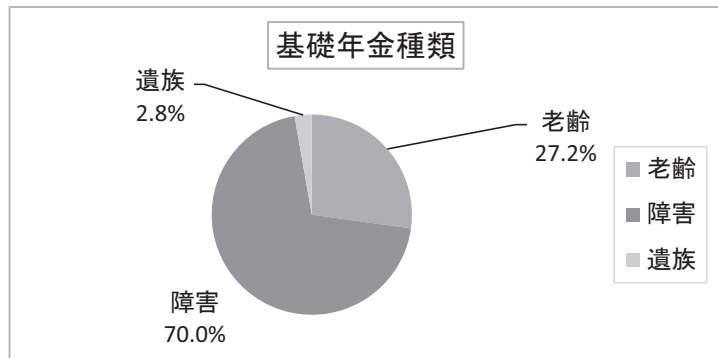
I-08 本人の収入 公的年金種類

種類	人数
基+厚+共	0
基+厚	8
基+共	1
基のみ	208
厚+共	0
厚のみ	55
共のみ	9
合計	281



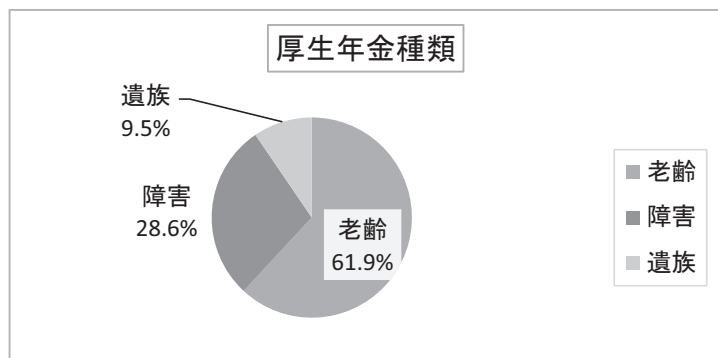
I-08 本人の収入 基礎年金 種類

種類	人数
老齢	59
障害	152
遺族	6
合計	217



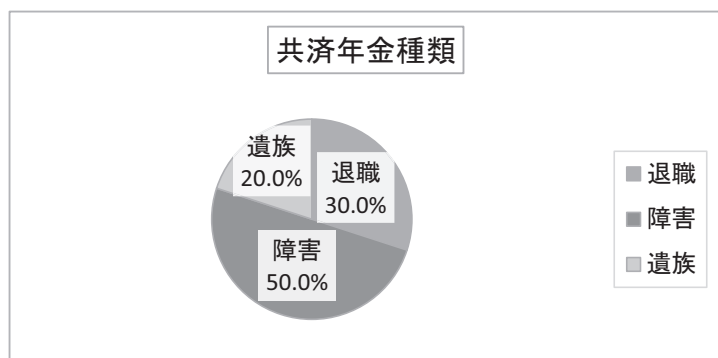
I-08 本人の収入 厚生年金 種類

種類	人数
老齢	39
障害	18
遺族	6
合計	63



I-08 本人の収入 共済年金 種類

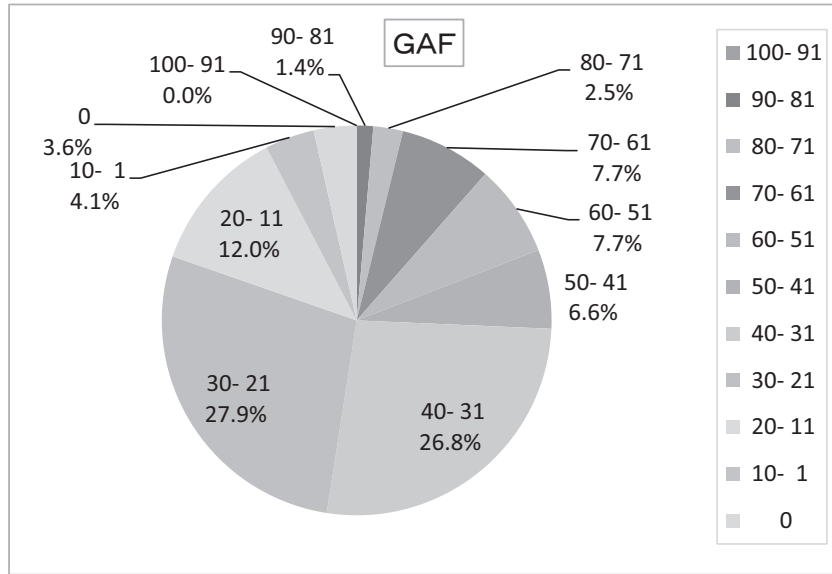
種類	人数
退職	3
障害	5
遺族	2
合計	10



I-09 GAF

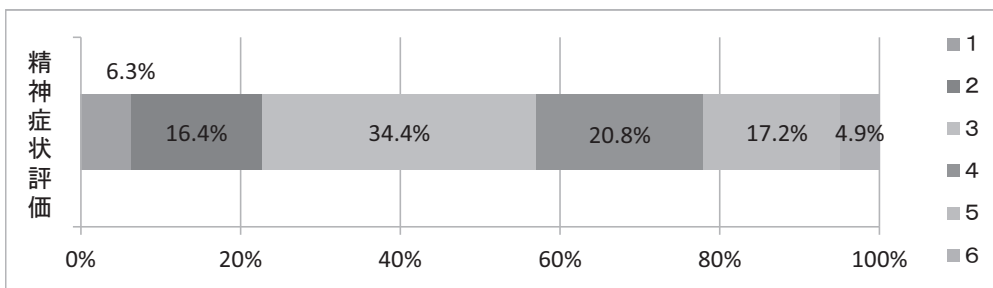
※点数30以下が44%である。

GAF	人数
100-91	0
90-81	5
80-71	9
70-61	28
60-51	28
50-41	24
40-31	98
30-21	102
20-11	44
10-1	15
0	13
合計	366



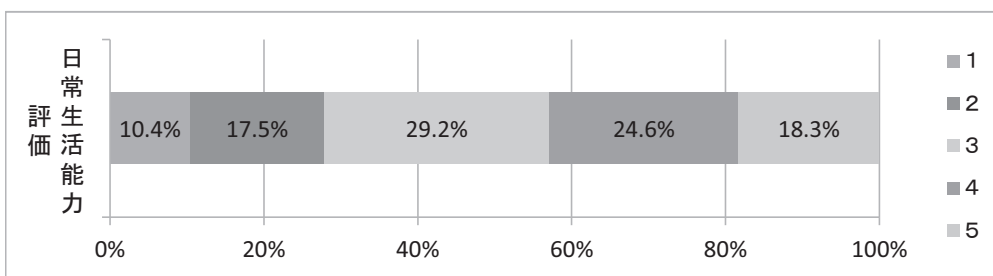
I-10 精神症状・能力障害二軸評価（日精協版）

精神症状評価 ← ※精神症状が安定していない方(4以上)が、42.9%を占めている。



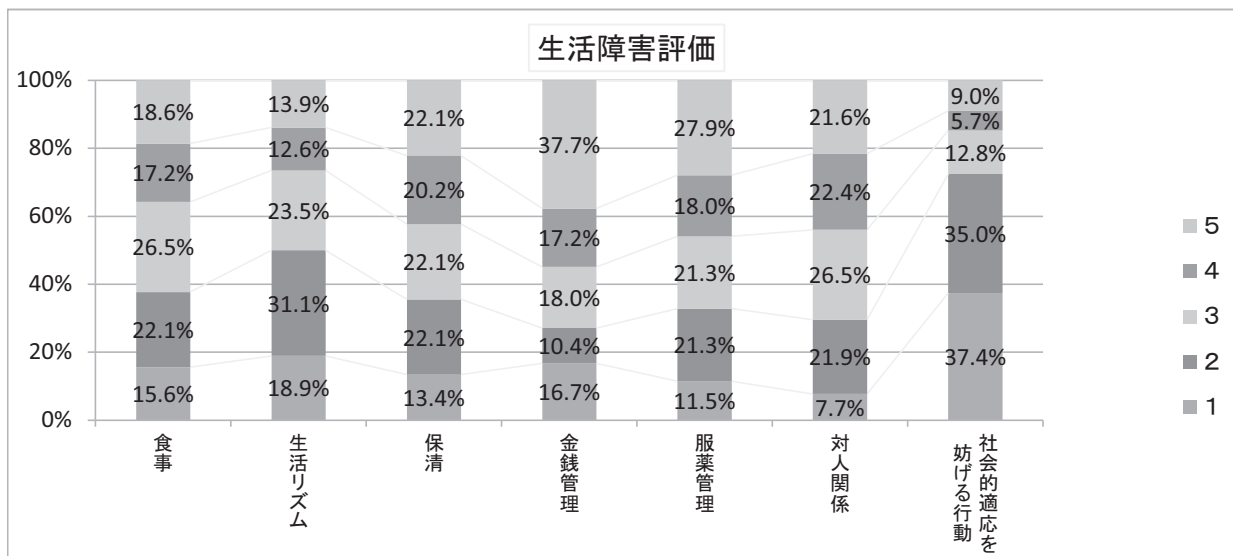
	1	2	3	4	5	6
精神症状評価	23	60	126	76	63	18

日常生活能力評価 ← ※42.9% (4以上) が常時援助を要する。



	1	2	3	4	5
日常生活能力評価	38	64	107	90	67

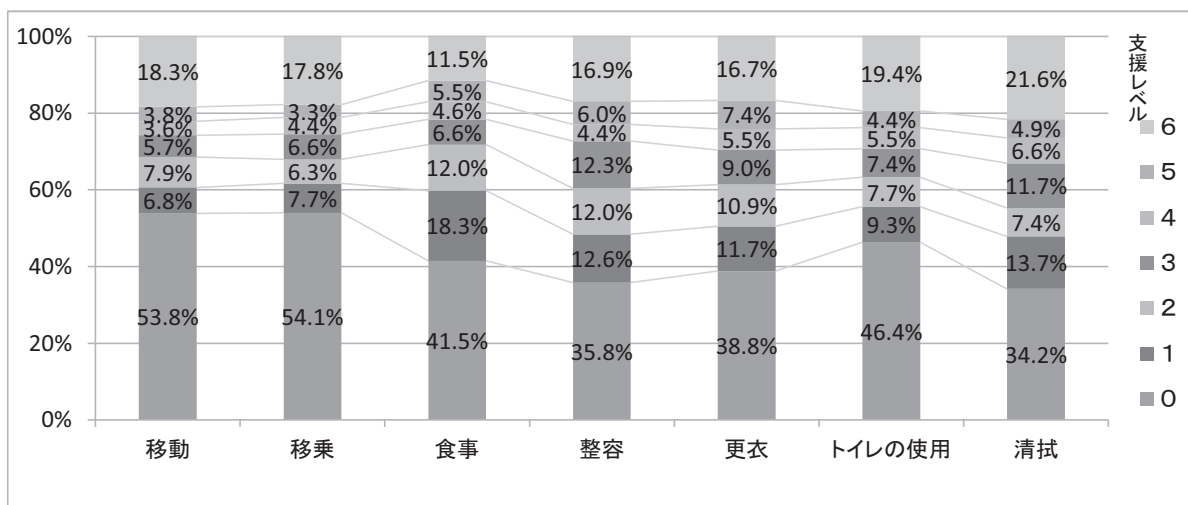
生活障害評価

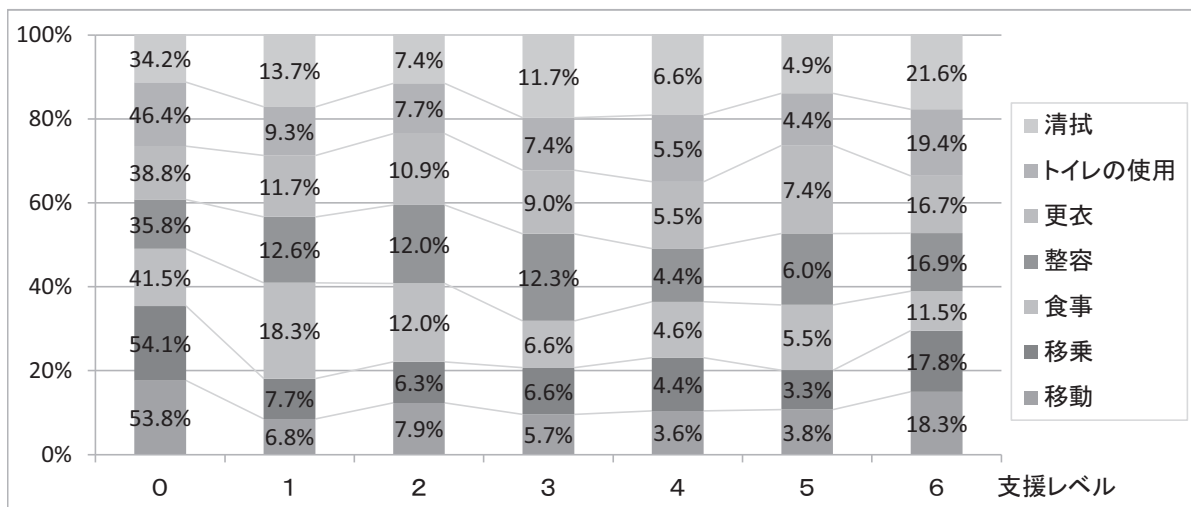


生活障害評価	1	2	3	4	5
食事	57	81	97	63	68
生活リズム	69	114	86	46	51
保清	49	81	81	74	81
金銭管理	61	38	66	63	138
服薬管理	42	78	78	66	102
対人関係	28	80	97	82	79
社会的適応を妨げる行動	137	128	47	21	33
合計	443	600	552	415	552

I-11 ADL

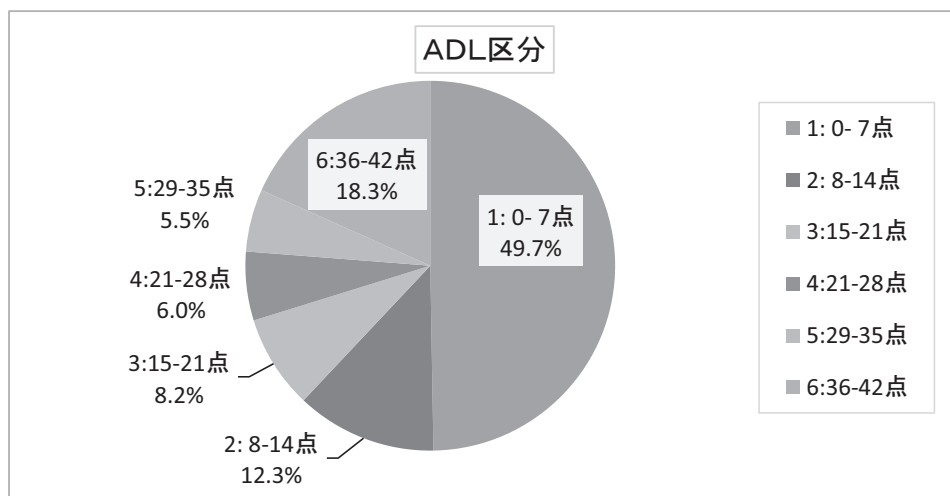
ADL	0	1	2	3	4	5	6
移動	197	25	29	21	13	14	67
移乗	198	28	23	24	16	12	65
食事	152	67	44	24	17	20	42
整容	131	46	44	45	16	22	62
更衣	142	43	40	33	20	27	61
トイレの使用	170	34	28	27	20	16	71
清拭	125	50	27	43	24	18	79
合計	1,115	293	235	217	126	129	447





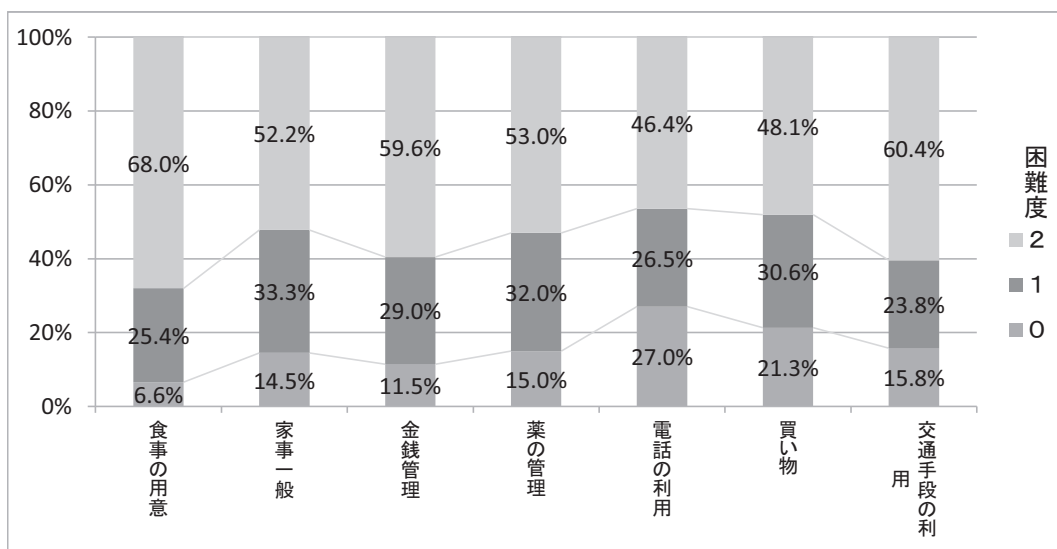
I-11 ADL ADL区分 ← ※62%が自立・見守りである。

ADL区分	人数
1: 0-7点	182
2: 8-14点	45
3: 15-21点	30
4: 21-28点	22
5: 29-35点	20
6: 36-42点	67
合計	366



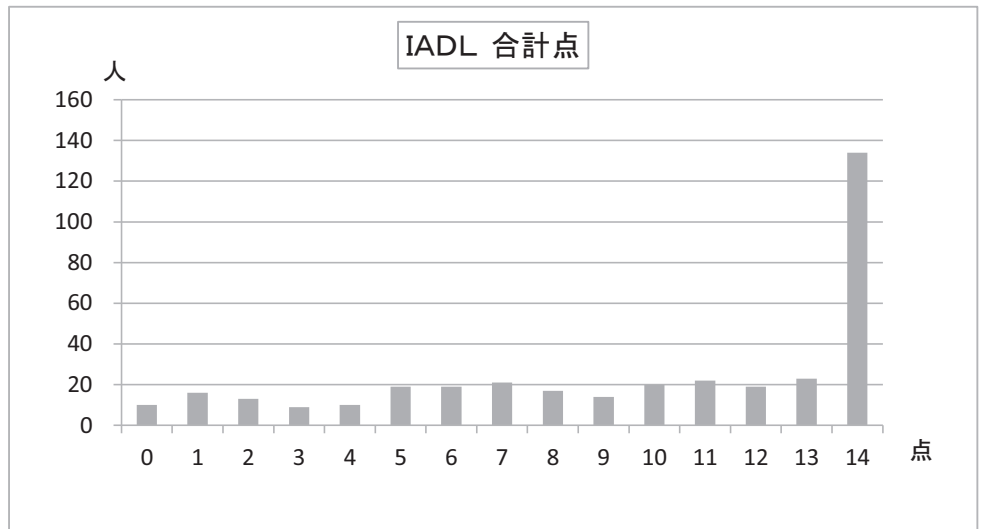
I-12 IADL

IADL	0	1	2
食事の用意	24	93	249
家事一般	53	122	191
金銭管理	42	106	218
薬の管理	55	117	194
電話の利用	99	97	170
買い物	78	112	176
交通手段の利用	58	87	221
合計	409	734	1,419
割合	16.0%	28.6%	55.4%

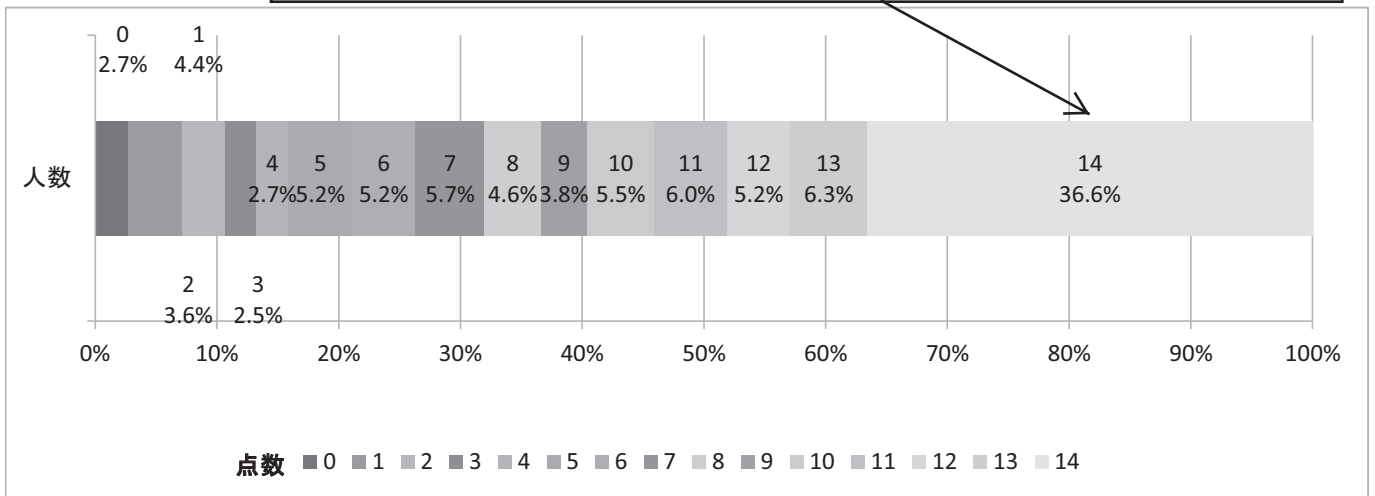


I-12 IADL 合計点

点数	人数
0	10
1	16
2	13
3	9
4	10
5	19
6	19
7	21
8	17
9	14
10	20
11	22
12	19
13	23
14	134
合計	366

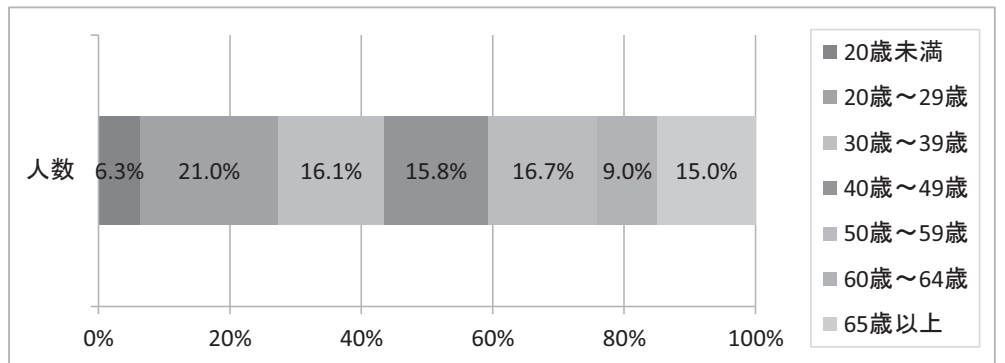


※36.6%が全項目で非常に困難を示している。IADLが非常に困難でも退院が可能である。



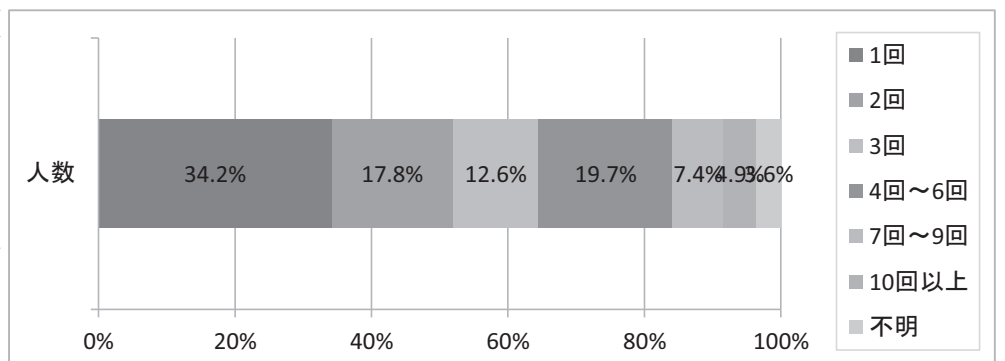
I-13 初回入院時の年齢

年齢	人数
20歳未満	23
20歳～29歳	77
30歳～39歳	59
40歳～49歳	58
50歳～59歳	61
60歳～64歳	33
65歳以上	55
合計	366



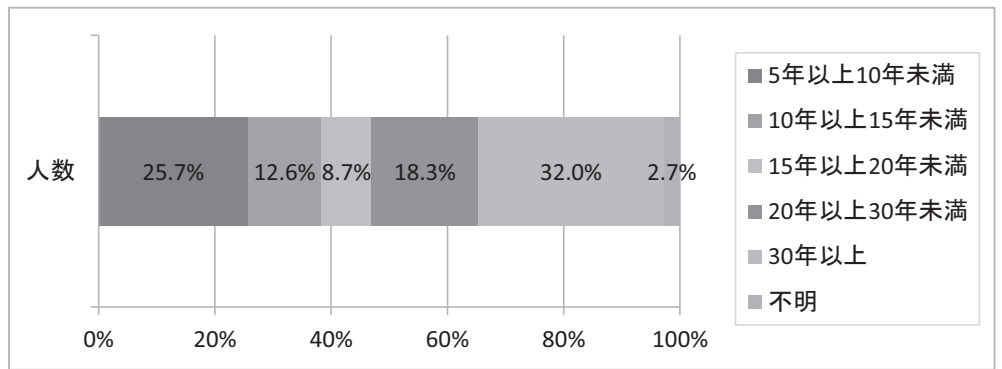
I-14 通算入院回数

通算入院回数	人数
1回	125
2回	65
3回	46
4回～6回	72
7回～9回	27
10回以上	18
不明	13
合計	366



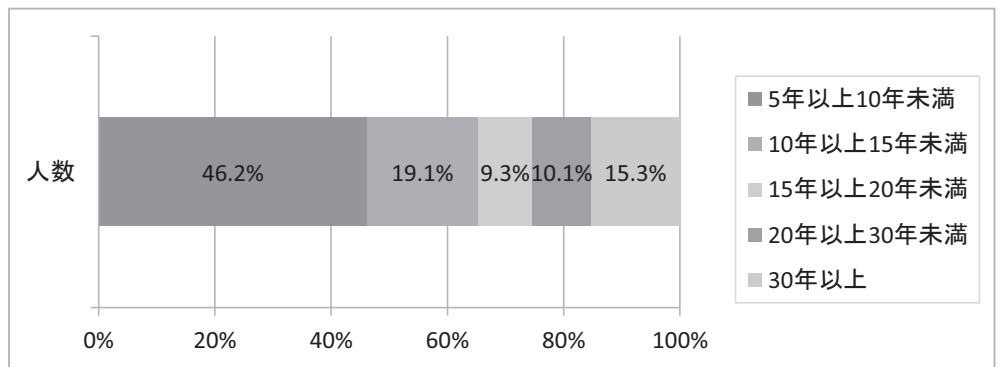
I-15 通算入院期間

通算入院期間	人数
5年以上10年未満	94
10年以上15年未満	46
15年以上20年未満	32
20年以上30年未満	67
30年以上	117
不明	10
合計	366



I-16 今回の入院期間

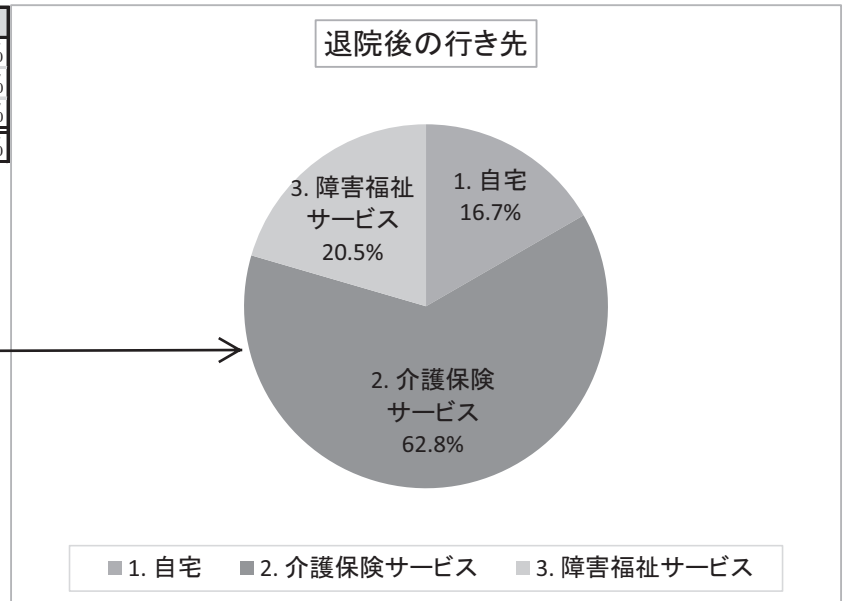
今回の入院期間	人数
5年以上10年未満	169
10年以上15年未満	70
15年以上20年未満	34
20年以上30年未満	37
30年以上	56
合計	366



I-17 退院後の行き先

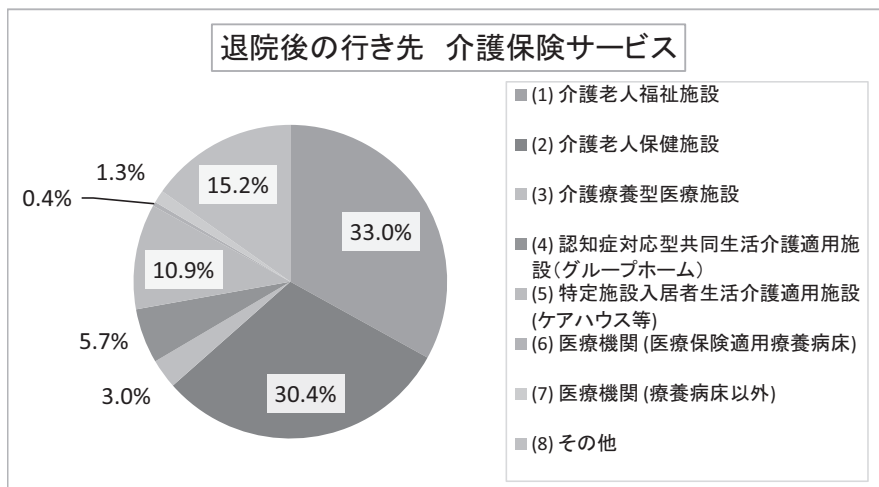
退院後の行き先	人数	割合
1. 自宅	61	16.7%
2. 介護保険サービス	230	62.8%
3. 障害福祉サービス	75	20.5%
合計	366	100.0%

※退院先の83.3%が施設である。
65歳以上の退院では介護保険サービスへのウェイトが大きい。



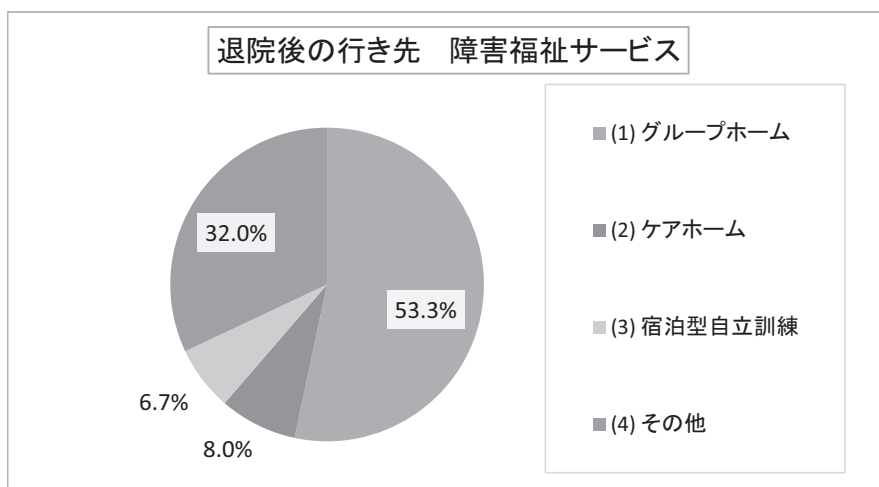
I-17 退院後の行き先
2. 介護保険サービス

退院後の行き先 介護保険サービス	人数	割合
(1) 介護老人福祉施設	76	33.0%
(2) 介護老人保健施設	70	30.4%
(3) 介護療養型医療施設	7	3.0%
(4) 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	13	5.7%
(5) 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	25	10.9%
(6) 医療機関(医療保険適用療養病床)	1	0.4%
(7) 医療機関(療養病床以外)	3	1.3%
(8) その他	35	15.2%
合計	230	100.0%



I - 17 退院後の行き先
3. 障害福祉サービス

退院後の行き先 障害福祉サービス	人数	割合
(1) グループホーム	40	53.3%
(2) ケアホーム	6	8.0%
(3) 宿泊型自立訓練	5	6.7%
(4) その他	24	32.0%
合計	75	100.0%



I - 17 退院後の行き先
4. 医療機関

退院後の行き先 医療機関	人数	割合
(1) 精神科病院	0	
(2) 精神科以外の医療機関	0	
(3) その他	0	
合計	0	

退院後の行き先 医療機関

0.0%

- (1) 精神科病院
- (2) 精神科以外の医療機関
- (3) その他

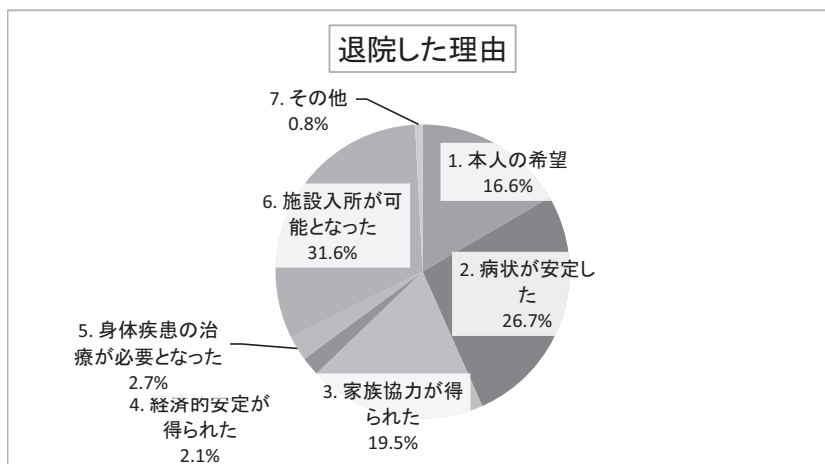
II. 以下の18～19について、あてはまるもの全てを選択してください。

※ [17 退院後の行き先]で[5.死亡]以外を選択された場合に限り、ご回答ください。

II- 18 退院した理由

(複数回答)

退院した理由	人数	割合
1. 本人の希望	121	16.6%
2. 病状が安定した	195	26.7%
3. 家族協力が得られた	142	19.5%
4. 経済的安定が得られた	15	2.1%
5. 身体疾患の治療が必要となった	20	2.7%
6. 施設入所が可能となった	230	31.6%
7. その他	6	0.8%
合計	729	100.0%

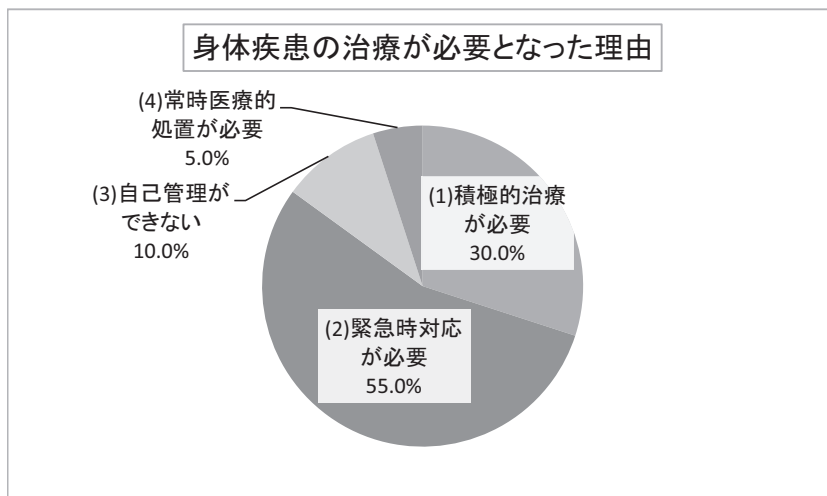


II- 18 退院した理由

5. 身体疾患の治療が必要となった [理由]

(複数回答)

身体疾患の治療が必要となった [理由]	人数	割合
(1) 積極的治療が必要	6	30.0%
(2) 緊急時対応が必要	11	55.0%
(3) 自己管理ができない	2	10.0%
(4) 常時医療的処置が必要	1	5.0%
合計	20	100.0%

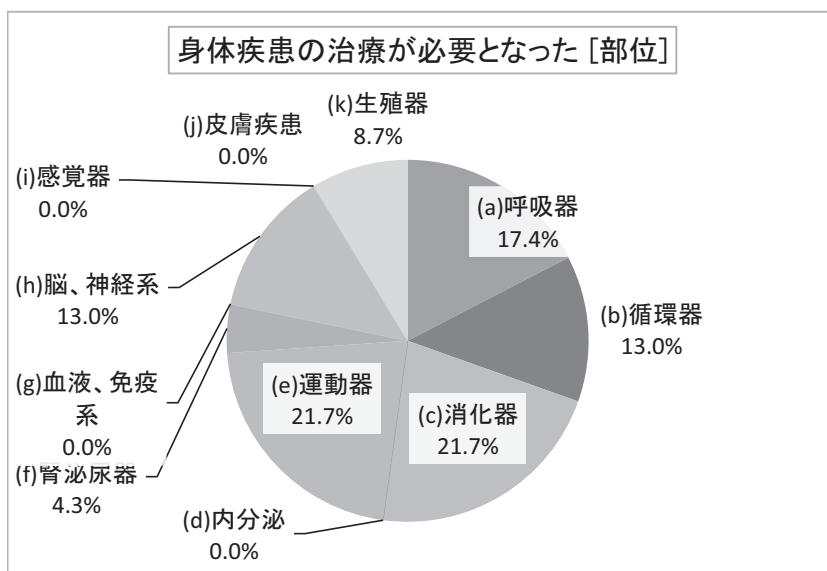


II- 18 退院した理由

5. 身体疾患の治療が必要となった [部位]

(複数回答)

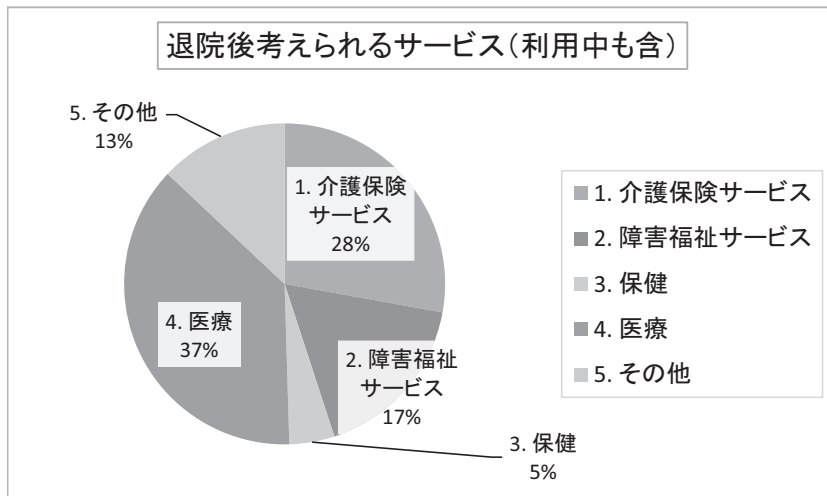
身体疾患の治療が必要となった[部位]	人数	割合
(a)呼吸器	4	17.4%
(b)循環器	3	13.0%
(c)消化器	5	21.7%
(d)内分泌	0	0.0%
(e)運動器	5	21.7%
(f)腎泌尿器	1	4.3%
(g)血液、免疫系	0	0.0%
(h)脳、神経系	3	13.0%
(i)感覚器	0	0.0%
(j)皮膚疾患	0	0.0%
(k)生殖器	2	8.7%
合計	23	100.0%



II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)

(複数回答)

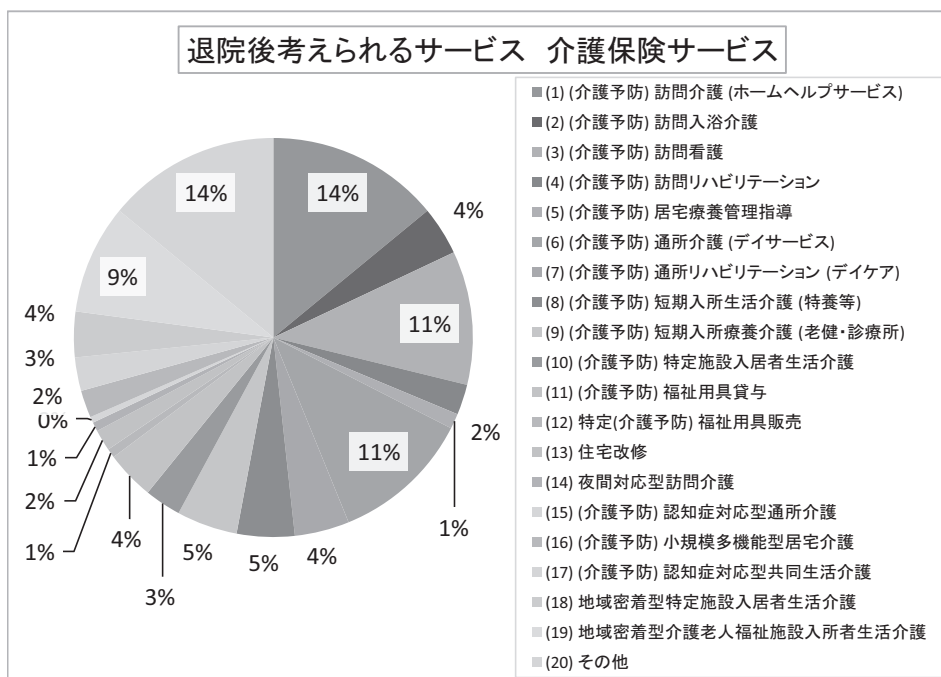
退院後考えられるサービス(利用中も含)	人数	割合
1. 介護保険サービス	208	27.8%
2. 障害福祉サービス	128	17.1%
3. 保健	34	4.6%
4. 医療	280	37.5%
5. その他	97	13.0%
合計	747	100.0%



II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)
1. 介護保険サービス

(複数回答)

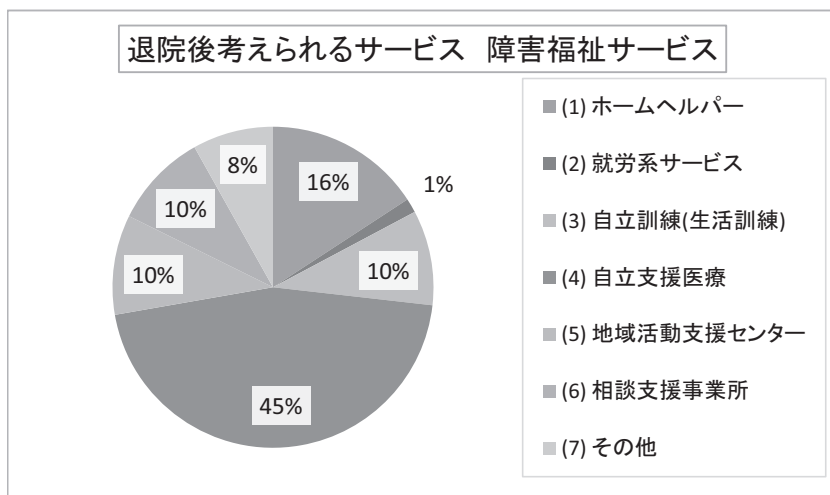
退院後考えられるサービス 介護保険サービス	人数	割合
(1) (介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	57	14.0%
(2) (介護予防) 訪問入浴介護	16	3.9%
(3) (介護予防) 訪問看護	44	10.8%
(4) (介護予防) 訪問リハビリテーション	10	2.5%
(5) (介護予防) 居宅療養管理指導	5	1.2%
(6) (介護予防) 通所介護 (デイサービス)	46	11.3%
(7) (介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)	18	4.4%
(8) (介護予防) 短期入所生活介護 (特養等)	19	4.7%
(9) (介護予防) 短期入所療養介護 (老健・診療所)	20	4.9%
(10) (介護予防) 特定施設入居者生活介護	12	3.0%
(11) (介護予防) 福祉用具貸与	16	3.9%
(12) 特定(介護予防) 福祉用具販売	3	0.7%
(13) 住宅改修	7	1.7%
(14) 夜間対応型訪問介護	3	0.7%
(15) (介護予防) 認知症対応型通所介護	2	0.5%
(16) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	9	2.2%
(17) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	11	2.7%
(18) 地域密着型特定施設入居者生活介護	15	3.7%
(19) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	36	8.9%
(20) その他	57	14.0%
合計	406	100.0%



Ⅱ- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)
2. 障害福祉サービス

(複数回答)

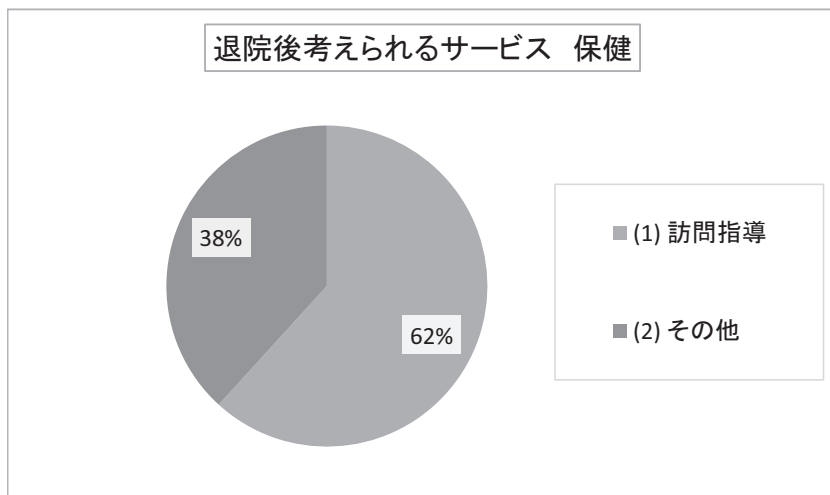
退院後考えられるサービス 障害福祉サービス	人数	割合
(1) ホームヘルパー	33	15.8%
(2) 就労系サービス	3	1.4%
(3) 自立訓練(生活訓練)	20	9.6%
(4) 自立支援医療	95	45.5%
(5) 地域活動支援センター	21	10.0%
(6) 相談支援事業所	20	9.6%
(7) その他	17	8.1%
合計	209	100.0%



Ⅱ- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)
3. 保健

(複数回答)

退院後考えられるサービス 保健	人数	割合
(1) 訪問指導	21	61.8%
(2) その他	13	38.2%
合計	34	100.0%

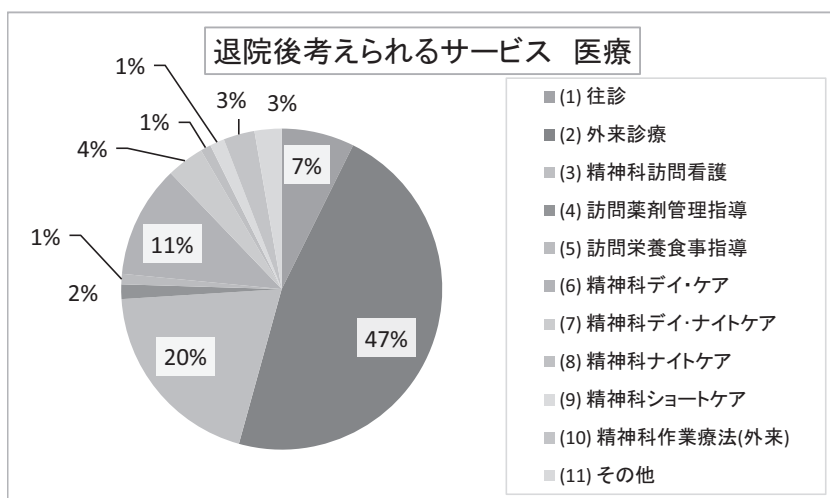


II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)

4. 医療

(複数回答)

退院後考えられるサービス 医療	人数	割合
(1) 往診	35	7.3%
(2) 外来診療	224	47.0%
(3) 精神科訪問看護	94	19.7%
(4) 訪問薬剤管理指導	7	1.5%
(5) 訪問栄養食事指導	5	1.0%
(6) 精神科デイ・ケア	54	11.3%
(7) 精神科デイ・ナイトケア	18	3.8%
(8) 精神科ナイトケア	5	1.0%
(9) 精神科ショートケア	7	1.5%
(10) 精神科作業療法(外来)	15	3.1%
(11) その他	13	2.7%
合計	477	100.0%

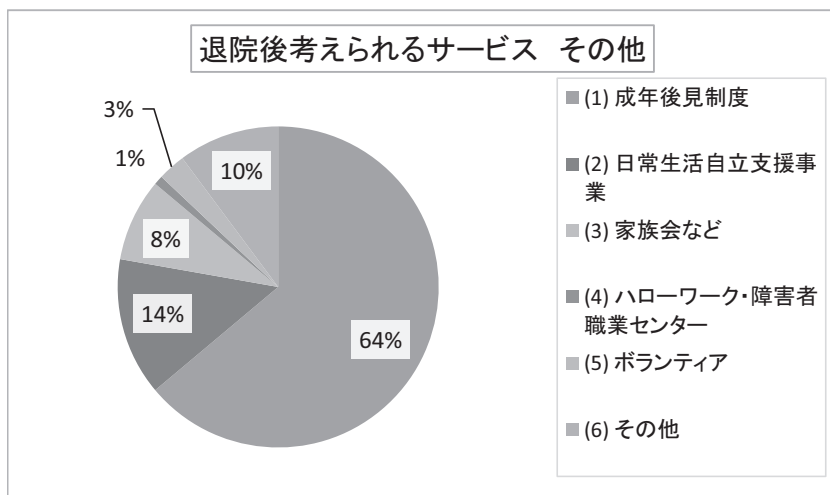


II- 19 退院後考えられるサービス(利用中も含)

5. その他

(複数回答)

退院後考えられるサービス その他	人数	割合
(1) 成年後見制度	69	33.0%
(2) 日常生活自立支援事業	15	7.2%
(3) 家族会など	9	4.3%
(4) ハローワーク・障害者職業センター	1	0.5%
(5) ボランティア	3	1.4%
(6) その他	11	5.3%
合計	108	51.7%



高齢入院患者退院支援ガイドライン

患者氏名		様	男・女	生年月日	T・S・H	年 月 日	入院年月日	年 月 日
		退院支援開始	展開		地域移行準備		退院	地域生活維持
目標		患者の全体像を把握し退院先を共に考える	患者の自信回復、自己評価を高める		患者や家族の不安を軽減し地域へつなぐ		不安なく退院できる	地域生活の安定を図る
		年 月 日	年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月			
精神科病院	多職種連携	<input type="checkbox"/> 情報を共有し、支援イメージを共有する <input type="checkbox"/> 退院に向けての治療方針を決定する	<input type="checkbox"/> 各職種具体的退院支援ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 支援内容見直し確認及び情報共有 <input type="checkbox"/> 家族に対する疾患・薬物に対する理解の支援		<input type="checkbox"/> 多職種間情報共有 <input type="checkbox"/> 生活支援の具現化			<input type="checkbox"/> 外来ケアカンファレンス (担当医/訪問スタッフ/DCスタッフ/PSW/OT/CP等)
	医師	<input type="checkbox"/> 本人の希望や不安を知る <input type="checkbox"/> GAFスコアチェック <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価 <input type="checkbox"/> 本人の病気や病状について認識の程度を知る	<input type="checkbox"/> 退院前訪問看護指示 <input type="checkbox"/> GAFスコアチェック <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価		<input type="checkbox"/> 必要時精神科DC体験指示 <input type="checkbox"/> GAFスコアチェック <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価 <input type="checkbox"/> 退院先機関・施設へ情報提供		<input type="checkbox"/> 次回外来受診日確認 <input type="checkbox"/> 訪問看護指導の指示 <input type="checkbox"/> 危機介入時の対応説明	<input type="checkbox"/> 定期フォロー <input type="checkbox"/> 危機介入時対応 <input type="checkbox"/> 訪問看護・デイケア・外来スタッフと連携
	臨床心理士	<input type="checkbox"/> カウンセリング・必要に応じて心理テスト <input type="checkbox"/> 本人の動機づけの程度、目標、課題を知る	<input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 心理的特徴や働きかけポイントを情報提供		<input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 本人に合ったストレス対処法アドバイス		<input type="checkbox"/> 他職種へ情報提供	<input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> ストレス対処法アドバイス
	薬剤師	<input type="checkbox"/> 病歴、副作用体験の有無を把握 <input type="checkbox"/> 服薬している薬の説明 <input type="checkbox"/> 服薬状況を把握し服薬自己管理導入へ	<input type="checkbox"/> 服薬自己管理指導と評価 <input type="checkbox"/> 理解に応じて薬に関する説明 <input type="checkbox"/> 薬に対する疑問、不安、不満等聞き取る		<input type="checkbox"/> 服薬自己管理指導と評価 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理可能の段階で、管理上の基本的知識、服薬継続のための情報提供		<input type="checkbox"/> 内服薬の説明 <input type="checkbox"/> 正しい服薬継続を指導	<input type="checkbox"/> 状況に応じて服薬指導 <input type="checkbox"/> 外来NS・訪問スタッフと連携
	看護師	<input type="checkbox"/> 生活上の問題点抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画と評価 <input type="checkbox"/> 看護度評価 <input type="checkbox"/> 服薬指導(医師・薬剤師と連携) <input type="checkbox"/> 本人の病気や治療に対する思いを知る <input type="checkbox"/> 本人の希望や不安を知る <input type="checkbox"/> できる部分、良いところを探り引き出す <input type="checkbox"/> 本人と家族のこれまでの関係を知る	<input type="checkbox"/> 患者と共に生活上の問題点抽出 <input type="checkbox"/> 患者と共に生活目標立案と評価 <input type="checkbox"/> 看護度評価 <input type="checkbox"/> 服薬指導(医師・薬剤師と連携) <input type="checkbox"/> 生活リズムの獲得 <input type="checkbox"/> 面会、外出、外泊を勧める <input type="checkbox"/> 院外活動(多職種連携) <input type="checkbox"/> 家族と本人との交流を深める		<input type="checkbox"/> 患者と家族と共に生活上の問題点抽出 <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に生活目標立案と評価 <input type="checkbox"/> 看護度評価 <input type="checkbox"/> 院外活動(多職種連携) <input type="checkbox"/> 生活の場での繰り返し外泊を勧める <input type="checkbox"/> 家族の不安を受け止める <input type="checkbox"/> 外来NS > <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導に同行し、退院後必要となる支援を把握 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス参加 <input type="checkbox"/> DC > <input type="checkbox"/> 体験通所状態把握し情報提供 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス参加		<input type="checkbox"/> 療養上の注意点説明 <input type="checkbox"/> 訪問看護指導日確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法再確認	<外来NS> <input type="checkbox"/> 正しく服薬継続できているか確認 <input type="checkbox"/> 生活や病気についての不安や希望を把握 <input type="checkbox"/> 次回受診日確認 <input type="checkbox"/> 訪問スタッフ・DCスタッフと連携 <訪問看護師> <input type="checkbox"/> 訪問結果を担当医に情報提供 (危機的状況の有無・受診の必要性 入院の必要性等含む)
	精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 家族の不安と希望を知る <input type="checkbox"/> 介護認定状況把握 <input type="checkbox"/> 経済的問題の把握 <input type="checkbox"/> 本人家族の今後の生活イメージを知る <input type="checkbox"/> 必要な支援、利用すべき制度を把握する <input type="checkbox"/> 地域関係機関、職種と連絡調整 <input type="checkbox"/> 家族に対する介護保険・障害福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 必要な支援、制度の利用を勧める <input type="checkbox"/> 自立支援区分・自立支援医療把握 <input type="checkbox"/> 支援上のキーパーソンを見つける <input type="checkbox"/> 退院後の生活の場所はどこか確認 <input type="checkbox"/> 院外活動(施設見学等) <input type="checkbox"/> 地域関係機関、職種と連絡調整		<input type="checkbox"/> 必要なサービスが利用できるように支援 <input type="checkbox"/> 生活の基盤(経済面)を確定する <input type="checkbox"/> 住居を確保する(家族と同居・単身・施設) <input type="checkbox"/> 住居保証人の確保 <input type="checkbox"/> 地域支援者や職種と連携調整 <input type="checkbox"/> 家族の退院に向けて具体的協力を要請する		<input type="checkbox"/> 今後必要となる社会資源提供	<input type="checkbox"/> 利用できる社会資源の情報提供 <input type="checkbox"/> 必要時訪問看護指導 <input type="checkbox"/> 地域支援者と連携調整
	作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法ケアプラン作成(ケアアセスメント・ADL/IADL評価実施、ケアプラン修正・立案) <input type="checkbox"/> 本人の希望を知る <input type="checkbox"/> チームと連携し情報共有 <input type="checkbox"/> 馴染みの活動や取り組める活動を一緒に探す	<input type="checkbox"/> 新たな関心を引き出す <input type="checkbox"/> 院外活動を展開(社会資源を知る) <input type="checkbox"/> 本人の自発性が発揮できるよう関る		<input type="checkbox"/> 退院後の生活を考慮した生活能力ケアアセスメントとケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 退院に向けてSST・具体的認知行動療法 <input type="checkbox"/> 院外活動(生活技能訓練) ・買い物、洗濯・料理など		<input type="checkbox"/> 退院後支援するスタッフと連携	<外来作業療法> <input type="checkbox"/> 他職種と連携し情報共有 <input type="checkbox"/> 必要に応じて訪問看護指導
	管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 食への関心、不安の程度を知る <input type="checkbox"/> 食生活の自立の程度を知る	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 食生活に対する情報提供 <input type="checkbox"/> 食生活の自己決定の機会を提供		<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 退院後の食生活イメージを共有する <input type="checkbox"/> 食に対する地域でのサポート体制を調整(他職種連携)		<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 食生活指導	<input type="checkbox"/> 必要に応じて栄養状態評価 <input type="checkbox"/> 必要に応じて外来栄養指導
	退院支援員 または 院内退院支援 コーディネーター	<input type="checkbox"/> 現状説明し今後について共に考える <input type="checkbox"/> 家族の本人を支える力を知る <input type="checkbox"/> 院内カンファレンス調整(参加者等) <input type="checkbox"/> 相談支援事業所への情報提供	<input type="checkbox"/> 今後の見通しについて情報を伝える <input type="checkbox"/> 患者さんの退院後のイメージを共有する <input type="checkbox"/> 地域関係者との情報共有		<input type="checkbox"/> 退院前地域連携ケア会議(本人・家族含) ・情報共有・生活支援の具現化 <input type="checkbox"/> 今後の対策と家族の役割確認と連携 <input type="checkbox"/> 危機介入対応の説明と確認		<input type="checkbox"/> 退院時地域連携ケア会議 ・生活支援の役割分担 ・退院後のケア会議日程決定	<input type="checkbox"/> 地域支援ケア会議 (本人・家族・地域支援関係者・訪問NS等)
	地域の関係者	相談支援専門員 (地域移行支援)	<input type="checkbox"/> 地域移行支援計画の作成 <input type="checkbox"/> 地域生活移行に向けた訪問相談 <input type="checkbox"/> 利用者や家族等への情報提供等 (信頼関係構築、退院に向けた具体的イメージ作り) <input type="checkbox"/> 院内カンファレンス参加 <input type="checkbox"/> 個別支援会議の開催	<input type="checkbox"/> 訪問相談 (不安や動機づけの維持のための相談) <input type="checkbox"/> 同行支援(地域生活の社会資源や公的機関 等の見学、障害福祉サービス事業所の体験 等) <input type="checkbox"/> 自宅への外泊、一人暮らしやグループホーム等の体験宿泊 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 (個別支援会議開催や調整等)		<input type="checkbox"/> 住居の確保等の支援(退院・退所後の住居 の入居手続きの支援) <input type="checkbox"/> 同行支援(退院・退所後に必要な物品の購 入、行政手続き等) <input type="checkbox"/> 関係機関との連携・調整(退院・退所後の生 活に関わる関係機関との連絡調整)		
(地域定着支援)							<input type="checkbox"/> 居宅で単身等で生活する者との常時の連絡体制 <input type="checkbox"/> 緊急訪問、緊急対応	
	介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 院内カンファレンス参加 <input type="checkbox"/> 退院支援員等からの情報把握	<input type="checkbox"/> 退院支援員等からの情報把握		<input type="checkbox"/> ケアプラン作成			<input type="checkbox"/> ケア会議参加
	バリアンス	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 合併症 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 合併症 ()		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 合併症 ()		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 合併症 ()	

ヒヤリングシート

会 員 番 号	21-01
病 院 名	大垣病院

退院支援に取り組んだ事例数 11件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

精神症状が比較的安定しており、日常生活の介護が中心となっている患者
ADL がある程度自立していて、援助があれば社会生活が可能と思われる患者
介護保険を利用して施設入所が可能になるとと思われる患者

②組織としての特徴的な取組の具体例

ケース検討会を多職種が集まり定期的実施している。
療養病棟には専任の PSW が配置されているので調整が取りやすい
普段から PSW と情報共有をし、連携を図っている

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師 看護師 PSW OT	介護支援専門員 保健所職員等行政関係者 相談支援専門員 薬剤師 臨床心理士 管理栄養士

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

事例1 <73歳 女性 統合失調症 平成19年入院 保護者：弟>

介護保険施設入所にできれば、退院が可能と思われる患者。退院支援に向けての家族（弟夫婦）への面談を調整する。主治医より介護保険を利用して施設入所について検討するよう助言あり。弟夫婦の介護保険の仕組み等の理解を促す、弟夫婦も退院に向けて、（施設入所）前向きな考えを持ってもらうよう PSW が丁寧に説明を行った。介護保険を利用申請を支援し、介護認定調査を行う。結果「非該当」。施設に入所できないのなら退院は難しいと家族から強く拒否され中止となる

バリエーション：家族 社会

<p>事例2 <68歳 女性 統合失調症 平成15年入院 保護者：妹></p>
<p>精神症状があるが日常生活に大きな支障をきたしていない患者。介護保険を利用し施設入所の可能性があるため支援に取り組む。家族は妹のみ。その妹も精神障害者であり現在精神科病院に入院をしている。本人・妹ともに退院については拒否的である。その後の支援をすすめると本人及び家族の精神症状の悪化につながる恐れがあると判断し中止となる。</p> <p>バリエーション：患者 家族</p>
<p>事例3 <68歳 男性 統合失調症 昭和44年入院 保護者：兄></p>
<p>精神症状があるが日常生活に大きな支障をきたしていない患者。介護保険を利用し施設入所の可能性があるため支援に取り組む。入院期間が数十年に及び本人の退院に対する思いはない確認できない。兄に対して退院に向けての手続きとして、介護認定調査の件を説明する調整を図っていた。その間に患者の精神症状が悪化(幻覚・妄想)し、他者に対する攻撃的言動が顕著にみられるようになる。医師より退院支援は現時点では適切ではないとの判断により中止となる。</p> <p>バリエーション：患者</p>
<p>事例4 <65歳 男性 統合失調症 平成19年入院 保護者：従兄弟></p>
<p>数十年前に施設入所をしていたが、精神症状が激しくなり精神科病院に入院となる。その後、症状が落ち着き施設へ退院。再び精神症状悪化のため入院。現在は精神症状もなく元の施設へ入所可能ではないかと考え、退院支援に取り組む。施設からは精神症状がなければ入所は可能であるとの回答がある。保護者である従兄弟に連絡をするが関係が希薄のため、協力を得ることができず支援を中止した。</p> <p>バリエーション：家族</p>
<p>事例5 <86歳 女性 統合失調症 昭和38年入院 保護者：姉></p>
<p>入院して数十年が経過。現在は精神症状も殆どなくなり、介護中心となったため施設入所を目標に退院支援に取り組む。家族は退院に対して積極的ではないがなんとか理解を得ることができた。支援開始後、乳がんが再発し悪化。全身状態不良になり死亡となった。</p> <p>バリエーション：患者 身体合併症</p>
<p>事例6 <68歳 女性 統合失調症 昭和45年入院 保護者：兄></p>
<p>入院歴30年以上の患者。入院が長期に及びホスピタリズムにより徐々に人格水準も低下していった。多職種会議により本人の退院後の生活に対して利用できるサービスについて検討した。家族に連絡し、対する社会生活は何か活用できることを考えた。</p> <p>家族に連絡し今後のことについての面談を行う予定立てたが、家族が電話に出ない、出ても会話中に電話を切ってしまうなど拒否的な態度がみられ、保護者となる兄も現在他院入院中のため、支援を行えない状態となり中止となった。</p> <p>バリエーション：家族</p>
<p>事例7 <68歳 女性 統合失調症 昭和63年入院 保護者：従兄弟></p>
<p>入院25年以上の患者。目立った精神症状も見られず穏やかに過ごしている。特に入院の必要性がないと考え、退院支援に取り組む。患者より退院に関して強く拒否をし支援を行えない状態となり中止となる</p> <p>バリエーション：患者</p>

事例8 <72歳 男性 統合失調症 昭和44年入院 保護者：兄>

家族に対して精神症状も安定しているため施設入所も可能であるとの判断で、PSWと連携を図り、退院支援に取り組む。家族に退院支援について面談をする。家族の患者に対する陰性感情が強く、「1日でも患者より長生きして気が楽になりたい」と言っており、自宅への退院は拒否。多職種で検討会を行う。障害福祉サービス利用も含め、相談支援事業所と連携を図り、兄にアプローチしようと試みる。家族の了解を得られ、家族から施設入所希望があり、介護認定調査を含め、手続きをしている。

バリエーション：

事例9 <71歳 女性 統合失調症 平成19年入院 保護者：夫>

経管栄養実施者。退院に向けて施設入所等について家族と面談。家族から了解を得られ、介護認定調査等実施。多職種と連携を図り経管栄養実施者を受け入れてくれる施設を探す。該当する施設が少なく、またコストも高いため家族の負担が大きくなり、行き先が決まらない状態である。

バリエーション：社会 家族

事例10 <77歳 男性 統合失調症 平成16年入院 保護者：妻>

過去に介護認定調査で「要介護1」となった患者。その後更新をしていなかった。主治医より施設での生活も可能というレベルとのことで退院支援に取り組む。

家族は患者に対する陰性感情が強く自宅への退院は拒否。地域生活支援センターと連携を図り、家族にアプローチしようと試みる。病院からの連絡を再三入れるもなかなか応じてもらえなかった。医師との面談をし、「施設入所なら退院も」と家族からの意向を尊重し、介護認定調査を施行した段階である。

バリエーション：

事例11 <72歳 男性 統合失調症 平成10年入院 保護者：兄>

患者は生活保護受給者。市役所福祉課の職員との連携を図り、施設入所が可能か検討する。市役所より介護保険申請の了承を取り、施設入所の検討に入ってもらい。合わせて家族にも施設入所に向けての説明をし、了解を得る。介護認定調査を実施する。要介護度2 市役所より新設される介護老人福祉施設の入所が可能であると連絡があり。NS PSW OTなどが連携を取り、施設入所のため退院となる

②個別の取組の課題やバリエーション

長期入院の高齢者は患者本人に退院に対して消極的または拒否的である。また、家族が退院に対して理解を得られるも、「自宅へは無理」「どこか施設なら」という考えを持っていることが多く、施設の入所先がなかなか決まらない。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

順調な支援事例

退院後の受け入れ先がある人。家族が退院に対して理解を得られる人。
家族がいなくても行政が関わっていると退院先の調整が図りやすい

順調にいかない事例

本人が退院したいと思わない。家族が退院に対して拒否をする。
受け入れ先の目処が立たない

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

PSW 看護師

②コーディネートに関して苦勞した点

退院に対して前向きでない家族へのアプローチ。
 面会等には見えても退院となると自分たちの生活が脅かされるという考えが強いため、病状の理解からしなければならぬ。また患者に対する陰性感情へのアプローチ。
 家族が非協力的すべて調整を病院がしなければ動いてくれない。
 家族の代が変わり、患者との関係が希薄となり協力してもらえない

③具体的な調整内容

病院内	病院外
患者を交えての面談 家族への連絡調整 施設への申し込み等の調整はPSWに依頼 多職種連携会議の調整	ケアマネジャーとの連携 ケア会議の調整 行政との連絡調整

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内	病院外
具体的な連携方法（すべて） 多職種での検討会 OT 薬剤師 栄養士等と情報共有	地域の関係機関との調整・連携に関して苦勞した点 行政職員と施設入所のための連携

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします）

		入院中	退院後
医療費	診療報酬	451,110円 食事等 60,430円	54,560円
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		587,140円
その他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取り組みにより退院となった患者について)

①実際利用するサービスの一覧 (すべて)

介護老人福祉施設 介護保険	生活保護 自立支援医療
---------------	----------------

②退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

退院していない事例

経管栄養実施者を受け入れてくれる施設が多く存在すると退院が可能となる。
精神症状が安定して見守りや介護中心の患者を受け入れてくれる施設があると退院が可能となるケースが多く存在すると思う。

7. 「再入院率等」についてお答えください

なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組マニュアル(案)についてのご意見についてもお願いいたします)

いつ誰がどのように関わるのかわかりやすい。
誰がどのように関わったのか結果を記載する方法がわかりづらい
⇒今回は看護記録やそれぞれの職種の記録で記載をしてカルテに挟んだ
バリエーションの項目が分かりづらいときがある。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	01-39
病 院 名	医療法人社団五稜会病院

退院支援に取り組んだ事例数 2 件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

今回選定した対象者は病状が安定しており、本人も退院に対して前向きな姿勢を示しており、地域のサービス付きの住宅や GH への入居が可能と判断し、退院支援に取り組んだ。

②組織としての特徴的な取組の具体例

当院は 1990 年に共同住居開設・訪問看護・家族心理教育を取り入れ、社会復帰病棟での SST を開始するなど、退院を目指した治療をハード面・ソフト面共に整備し取り組んできた。平成 15 年にグルー70 ホーム開設・訪問看護部・退院支援委員会・長期入院者退院準備 SST を実施し、10 年以上の入院患者の退院支援を実施。6 名の長期入院者が地域生活移行を果たした。その後も 5 年以上の長期入院となっている方への地域生活移行を年 2~3 名実施している現状にある。現在は月 1 回の看護福祉部連携会議において、長期入院となっている方への地域移行の可能性を検討し、退院支援チームを作成し、退院支援クリニカルパスを活用しながらグループホームや単身生活・高齢者住宅への退院支援を行っている。その他リハビリテーショングループ（元気回復プログラム・コミコミ倶楽部（SST））等を急性期病棟にて実施し、再発予防を行っている。

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師・看護師・PSW (薬剤師・OTR)	医師・看護師・PSW 訪問看護 Ns・地域生活支援質 PSW・地域ケアマネジャー・訪問看護ステーション等

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

【事例①の概要】76 歳 女性 躁うつ病バセドウ氏病・甲状腺機能亢進
1955 年頃抑うつ状態となり精神科通院歴有り。1956 年頃精神科 2 か月入院。躁状態・うつ状態を繰り返し、様々な病院で入退院を繰り返す。1991 年当院初診。これまでに当院で 5 回の入退院を繰り返している。

【 具体的取り組み】

退院支援開始時期の平成 24 年 10 月に主治医・病棟 NS・PSW・薬剤師・作業療法士を加えたカンファレンスを実施。看護師からの情報、薬剤調整の現状を共有。今後の支援については、病棟 NS・担当 PSW を中心に、本人・家族との関わりがあった際には、電子カルテ上での情報共有、口頭での情報共有を行い、進捗状況の確認をした。介護保険更新申請、家族へのかかわりは主に PSW が行き、現在の高齢者向けの住宅や施設についての情報提供、家族への負担は軽減できるように支援することを保証した。本人へのかかわりの中心は病棟 NS が担っていた。

【事例②の概要】 67 歳女性 統合失調症 乳がん術後

1975 年頃大学病院精神科受診し、夫の転勤に伴い、近隣の精神科通院。音への過敏性や、希死念慮、行動化見られ精神科入院。しかし退院後継続治療せず症状再燃。1995 年当院初診し同日入院となる。入院中に夫が死亡。2003 年入院中に乳癌が見つかり大学病院転院し乳癌根治術を受ける。術後経過良好にて、2004 年 3 月当院に再入院となり、現在に至っている。当院入院 3 回

【 具体的取り組み】

退院支援開始時期の平成 24 年 10 月に主治医・病棟 NS・PSW・薬剤師・作業療法士を加えたカンファレンスを実施。看護師からの情報、薬剤調整の現状を共有。今後の支援については、病棟 NS・担当 PSW を中心に、本人・家族との関わりがあった際には、電子カルテ上での情報共有、口頭での情報共有を行い、進捗状況の確認をした。経済的調整や家族へのかかわりは主に PSW が行き、娘のニーズの把握、GH に関する情報提供を行った。本人へのかかわりの中心は病棟 NS が担っていた。

②個別の取組の課題やバリエーション

①本人の退院後の生活場所の希望としては「老人病院ではなく、老人施設が良い」と高齢者向けの住宅やケア施設を希望。PSW より家族連絡を行い、今後は長期的な入院を続けるのではなく、高齢者向けの住宅等、ケアを受けながらの地域生活が可能な状態であると説明。家族も「自分達で全ては探せないが、どこか良い場所があるのであれば探して欲しい。」と希望される。選択肢を狭めないためにも、介護認定更新を行い、「要介護 1」と判定が出る。本人は経済面での不安を表出されており、年金＋生保申請で暮らしていけることを保証する。いくつかの高齢者住宅を見学に行くための日程調整をしていたが、本人「今は腰が痛くてすぐは動けない」と予定していた見学を延期している。バリエーションとしては、本人の活動性の低下や意欲の低下により、見学の予定が予定通りにいかない点と、経済面で退院すると生活費・家賃などの自己負担額が入院時よりも増えるため（解決策はあるものの）本人の感じる負担感は大きくなる点である。

②入院中に夫が死去しており、夫の遺族年金の管理を義弟が現在も行っている現状がある。入院費・お小遣い（小額）は入金されているものの、本人とのコミュニケーションは全くなく、面会にも来ていない。本人の実兄妹が年金管理を移行できないか義弟に相談するも話がまとまらなかった経緯があった。これまでは経済的な障壁があり、地域移行を進めないものとしていた。本人の希望として「娘と一緒に住みたい」との希望があったが、平成 24 年に入り、娘の結婚話が出て、同居の可能性はなくなった。娘と PSW 間で電話したところ、「年金管理は義弟⇒娘に変更する手続きを行う」とのこと。並行して本人に今後の生活について担当 NS が再度面接を実施したところ、GH 見学に前向きで、病院の生活より良い環境だったら入居したいと話していた。平成 24 年 11 月に本人と見学に行く予定だったが、娘さんから見学前日に電話が入り「お金の管理がもう少し進んでから見学に行きたい。」との申し出があり、本人も見学はいつでもできるから入院中にできることをやっていくと話していた。作業療法などに積極的に参加している。PSW は本人に声がけをし、GH 入居の意志確認と、金銭面での動きが整ったらすぐに見学に行く準備を整えている現状である。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

経済面でのイニシアティブを、本来のキーパーソンが担っていないことは、退院支援を進める上で大きな障壁になっている。しかしH氏のケースは本人の気持ちは退院に向けて前向きであることと、精神症状が落ち着いているため、乳がん後の身体的フオロ ーと、適切な服薬管理体制（二人とも服薬は管理が必要）があれば、退院は可能と思われる。

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

チームでの退院調整を実施しているため、ひとつの職種には限定できない。担当看護師もしくは担当 PSW が担っている。クリニカルパスを指標に、各職種がコーディネートしている。病院外の機関やスタッフが支援に入る際は院内の担当 PSW が主にコーディネートをしている。

②コーディネートに関して苦勞した点

院内コーディネートは、ある程度支援のコアスタッフとの連携が日常的に図られているため、大きな苦勞はない。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none"> ・進捗状況の確認と、バリエーションの確認 ・次の支援内容の共有 	<p>本2ケースに関してはまだ院外スタッフとのやりとりに至っていない。</p> <p>①のケースは介護保険が「要介護1」となったため、今後見学した上で、本人が気に入れば、住居のスタッフケアマネジャーとのサービス調整が必要となる。</p> <p>②のケースは GH の入居が進めば、地域支援スタッフ（訪問看護師・GH 管理責任者・世話人）との情報共有と、本人含めたカンファレンスの実施の調整</p>

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内	病院外
<p>具体的な連携方法（すべて）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院に至るまで、スタッフ間のカンファレンスは週2～3回 ・関わった都度、電子カルテに記録し、コアスタッフ全てに「報告」するシステム ・支援が止まらないよう、担当Ns 又は PSW が密な情報共有と次の展開をつくる ・院内の地域支援スタッフとも展開時期により、密な声かけを行う。 	<p>地域の関係機関との調整・連携に関して苦勞した点</p> <p>本2ケースはまだ地域スタッフと連携できていない これまでの経験では、院内に居るうちから地域の相談員・ケアマネ・訪問看護ステーション等に来院してもらい、病院 PSW が窓口となり情報共有・必要時主治医との面接設定をし、病院理解を促す等つなぎ的な役割を行っている。しかし、病院外のスタッフ精神疾患への理解度のバラつきや偏見も稀にあり、苦勞している。</p>

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

(実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします)

		入院中	退院後
医 療 費	診 療 報 酬	① 39874 点	
		② 39794 点	
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		② 約 55,000 円/つき
介護保険サービス	介護報酬		
そ の 他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取組みにより退院となった患者について)

① 実際利用するサービスの一覧 (すべて)

まだ退院患者無し

② 退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

介護サービス、グループホーム

地域支援スタッフ (訪問看護師・GH 管理責任者・世話人)

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

・ 該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組マニュアル(案)についてのご意見についてもお願いいたします)

相談支援専門員が現状では入っていない。

→ 病院内の P S W 以外の職種が地域スタッフをもっと知っていく必要が有る。そうなれば、個別支援会議などは開催しづらいのではないかと。

地域移行準備期は、患者さんの負担度 (物理的にも精神的にも) が高くなるため、要注意。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	27-32
病 院 名	医療法人微風会 浜寺病院

退院支援に取り組んだ事例数 10件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

病棟内では精神症状及び身体症状が安定し、退院に向けての支援が可能と判断した方、病状に少し不安定さは残すものの本人の退院意欲の強い方を、院内での多職種カンファレンスを実施選定。

②組織としての特徴的な取組の具体例

- ・病棟毎に担当PSWを配置。医師、看護師らと連携し退院支援に取り組んでいる。
- ・月1回の退院促進委員会を運営。個別に退院支援事例の検討を行っている。
- ・院内茶話会を定期開催。地域の保健所、市役所障害福祉課、生活保護課、地域活動支援センターと連携し、社会資源の情報提供などを行っている。
- ・院内スタッフ向けに地域移行に関する勉強会を実施。

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師 看護師 作業療法士 精神保健福祉士	作業療法士 管理栄養士 臨床心理士 理学療法士

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

74才 女性 44年入院 退院意欲が低く、変化を嫌い物事を被害的にとらえがち。 本人の気持ちをまずはじっくり聞き、退院へ向けての動機づけを行ったが、退院についての拒否感が残った。	75才 女性 19年入院 精神症状に波があるものの本人の退院意欲はあり。家族、知人の了解もあり、それぞれと面談し社会資源の情報提供を行った。精神症状悪化時にはADLの低下も顕著なため介護面での工夫も適宜行った。
---	--

<p>66才 男性 37年入院 以前は退院意欲もあったが、現在はそのまま入院生活を希望（自由にしたいときの思いはある） 金銭管理に問題を抱えているため外泊を試み自己管理を指導したが、計画的に使用することは困難であった。</p>	<p>68才 男性 17年入院 退院について前向き。宗教色の強い妄想はあるが、妄想による混乱は少ない。ADL低下が認められるため歩行器を使用し、歩行訓練を実施。物忘れが目立つため、金銭、服薬管理の確認も適宜行った。又清潔保持の面についても本人と確認し、意識づけをしていった。</p>
<p>70才 男性 30年入院 本人は単身生活を希望。 服薬の必要性を薬剤師より説明し、自己中断しないよう助言。 COPDのため禁煙指導を行った。 禁煙まではいかないが意識づけは出来た。</p>	<p>71才 男性 7年入院 薬剤性パーキンソン症状、筋拘縮があるためOT主導で歩行訓練を開始。当初車イス、杖に依存的であったが徐々に自力歩行出来ている。家族の元へ退院したい、働きたいとの希望あり。薬剤師から服薬について説明。</p>
<p>69才 女性 26年入院 精神状態も安定し施設入所に向けて薬剤の調整。糖尿病があり、インスリン治療をしているが今後内服に切り替えを検討。作業療法をすすめ本人の自発性や社会性の向上を目指す。</p>	<p>74才 女性 5年入院 身体合併症として褥瘡等があるが、適宜治療し対処している。妄想はあるものの比較的安定。 作業療法をすすめ、本人の自発性や社会性の向上を目指す。 施設入所に向けて支援。</p>
<p>73才 女性 19年入院 一人で美容院への外出もしているが、他患との交流は限られた人とのみ。 変化を嫌い退院に対しては消極的。 本人、家族へ社会資源の情報提供を行った</p>	<p>79才 女性 5年入院 精神症状はおおむね安定。 時折、異食、不潔行為がみられるが、その都度声かけ。ADL一車いす（自走可） 施設入所に向けて支援。</p>

②個別の取組の課題やバリエーション

- ・退院意欲の減退、動機付けの困難さ
- ・加齢に伴うADLの低下
- ・病状の悪化

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

- ・患者自身の退院に対する意欲の有無
- ・安定した病状
- ・家族の支援・協力の有無
- ・関係機関（公的機関担当者、施設担当者等）の障害についての理解、協力の有無

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

精神保健福祉士

②コーディネートに関して苦労した点

- ・院内多職種での合同カンファレンスの実施に際し、各自通常業務もあることから日時を合わせるのに苦労した。
- ・本人や赤族、施設側の要望と病院側の考えの妥協点を見出すことに注意した。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
院内多職種での合同カンファレンスの日時調整・実施 本人、家族の意向等情報共有、今後の支援について協議	家族、関係機関とのカンファレンス日程調整 家族へ退院後に利用可能な社会資源の情報提供 家族や施設等への患者情報の提供 相手側の要望、意見の聴取

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
定期的な多職種合同のカンファレンスの開催 カンファレンス以外でもそれぞれの職種間で の情報提供・共有	精神障害が基礎疾患にあることで、偏見・障害 に対する理解の程度のギャップを感じる。 そのため受け入れについて協力が得にくい場合 がある。

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします）

		入院中	退院後
医療費	診療報酬	医療費平均 339,993 円 食費平均 57,944 円	
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		
その他		私費平均 15,137 円	

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

①実際利用するサービスの一覧（すべて）

- ・該当者なし

②退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

--

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

・ 該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

（取組マニュアル（案）についてのご意見についてもお願いいたします）

<p>当院ではクリニカルパスを利用していないため、取組マニュアルは大変参考になった。しかし2、3ヶ月という短期間の支援で退院を目指すことの困難さも感じている。</p> <p>長期入院患者に対しての退院支援には退院に向けての動機付けが重要になると考える。合わせて退院について消極的、拒否的な家族へのアプローチも重要。入院中から関係機関との密な連携が望まれる。</p> <p>長期入院に伴い高齢となった患者の中にはADL低下が認められることも多く、リハビリ等も支援項目に加えてもいいのでは。</p>

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	37-08
病 院 名	医療法人五色台病院

退院支援に取り組んだ事例数 10件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

- ・退院を拒否していない方
- ・退院の取組を行っても調子を崩す恐れが少ない方
- ・症状が比較的安定しており、環境が整うことによっては退院の方向に近づくと判断される方

②組織としての特徴的な取組の具体例

- ・本人、家族、多職種参加によるケース会議
- ・患者の機能に合わせて選択できる複数の社会復帰施設
- ・デイトケア（退院を成し得た元入院患者の存在）
- ・主治医を中心としたスタッフ間で話し合い外出範囲の設定を行う（日々の診察や関わりの中で見直しを行っていく）
- ・社会資源を利用するためのプログラム
- ・グループセラピー

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、作業療法士 薬剤師、精神保健福祉士	臨床心理士 管理栄養士

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

〈事例の概要〉	〈具体的取組〉
事例 1 66 歳男性 入院期間 33 年 任意 統合失調症 活発な幻聴が続いており、ハロペリドールの注射の要求があり、通らないと器物破損、暴力行為がみられる。人格は表層的であり、日常生活の自立度も低い。家族は姉がいるが疎遠。ほぼ毎日注射をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・注射への依存度を低くするため、訴え時の関わりを増やす ・作業療法の外出行事への参加を増やす ・家族への連絡をし、意向の確認をしようとするも連絡がつかず。 ・本人の退院に対する意向の確認 ・グループセラピーへの参加を促す

<p>事例 2 76 歳男性 入院期間 32 年 医保 統合失調症 妄想、幻聴が活発である。高齢となっており、ADL も低下し、声かけ、見守りが必要となっている。保護者は甥。連絡はとれるが、積極的な関わりはない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に連絡し、意向確認 ・ 本人の退院に対する意向の確認 ・ ADL の状態の正確な把握
<p>事例 3 69 歳男性 入院期間 23 年 任意 統合失調症 元来、知的水準は低いが比較的、社会性、集団適応能力はある。気分変動しやすく、些細なことが原因で拒絶的になったりする。不潔傾向があり、生活指導に対しても拒絶。保護者は県外の弟。連絡はとれるが積極的な関わりはない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法での外出行事への参加を促す ・ 家族に連絡し、意向の確認 ・ 本人の退院に対する意向の確認
<p>事例 4 71 歳男性 入院期間 7 年 任意 統合失調症 奇妙な妄想が認められ、表層的な接触しかできない。人格レベルは低く、生活は欠陥状態であり、無為自閉的な生活を送っている。放尿や火災報知器を鳴らすなどの問題行動がみられている。母親の死亡後は、主な支援者は兄になっていたが、兄も遠方で高齢であるため、後見人を立てた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に連絡し、意向の確認。 ・ 本人の退院に対する意向の確認 ・ 作業療法での外出を増やせるよう働きかける
<p>事例 5 83 歳男性 入院期間 31 年 任意 統合失調症 ホスピタリズムに陥っており、本人が退院について拒否的で、入院しているのは、創価学会の普及活動のためと主張する。自立度は高く、現金、薬、間食等は自己管理。60 分の単独外出もできている。キーパーソンが不在であるため、退院は精神障害者グループホームまたは単身生活を検討している。問題点は、本人が退院に対して協力的ではないこと。</p>	<p>退院という言葉を出さずに、支援センターの行事等に積極的に参加していただき、退院に対するマイナスイメージをなくしてもらうことを目的にかかわる。</p>
<p>事例 6 68 歳男性 入院期間 26 年 任意 統合失調症 被害妄想、誇大妄想、血統妄想が著名に現れており、他者に対して、暴言や威圧的態度をとるなどの行為がみられる。その反面、自立度は高く、金銭、洗濯、間食等は自己管理できており、外出も 60 分単独でできている。退院に向けての問題として、妄想的発言を大声で威圧的に発すること。</p>	<p>威圧的発言を他者がいる所ではしないよう協力を求める。作業療法などで他者との関係性が円滑にいくよう働きかける。病棟内では、他者がいない時に、喫煙室を使用するように決めている。外出先では、今のところ苦情はないため、トラブルはないと判断している。</p>

<p>事例 7 76 歳男性 入院期間 11 年 任意 統合失調症 被害妄想を持ちやすく、他患者との交流はあまりみられない。また、間食、金銭の自己管理や 60 分の単独外出はできているが、洗濯や更衣はほとんどできておらず、不潔傾向であり、異臭がすることがあった。</p>	<p>清潔保持を目標に行った。週 1 回の洗濯、週 2 回の入浴、更衣。 必要最低限の自立度を上げた後、退院後の環境調整を行う。 (精神障害者グループホームを検討中)</p>
<p>事例 8 70 歳男性 入院期間 6 年 医保 統合失調症 病識はなく、何か問題が起こると「チビ(彼女)迎えに来とるから出してくれ」と妄想的な発言があり、現在は治療に対して拒否的になり、拒薬がみられている。(デポ剤検討中) キーパーソンは妹だが、ほとんど関わりはない。</p>	<p>今回の退院支援の関わりで、精神障害者グループホームを勧めていたが、本人は拒否的で家(実在しない)に帰るとの発言が目立ちました。今後状態が落ち着いてから、精神障害者グループホームの何が嫌だったのか確認し、本人の希望を改めて話し合っていく。</p>
<p>事例 9 79 歳女性 入院期間 14 年 任意 統合失調症 幻聴があり、「盗聴器から、娘の声が聞こえて、娘宅に退院していいと言われた」等の発言がみられている。本人は強く娘との同居を望んでいるが、家族は同居を拒否している。グループホームへの退院に関して、現在本人は拒否的。身辺は自立しているが、他者に対してもきちんとしてを求め、苦情が出ることもある。娘はケース会議などには参加してくれる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の意向の確認 ・ 本人の意向、過去の生活等について聞き取り ・ 経済状況、介護保険について確認 ・ 作業アセスメントを行い、目標を本人と定める ・ 栄養士アセスメントに基づき、目標、計画を立てる ・ グループ療法に対する声かけ ・ 薬剤の副作用、コンプライアンス等の確認
<p>事例 10 67 歳女性 入院期間 10 年 任意 統合失調症 過去には夫も当院に入院していた。夫は精神障害者グループホームに社会復帰。現在、精神状態は不安定であり、時折隔離室を使用することがあり、退院が難しい状況。病状が安定すれば、夫と同じグループホームに入所を促す予定。キーパーソンは兄。夫の親戚が遠方であるため、夫婦両方に関わってくれている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主援助者の意向、不安について確認 ・ 本人の気持ちを確認(拒否される) ・ 服薬指導の声かけ ・ 栄養士アセスメントに基づき、目標、計画を立てる ・ 作業療の参加を促す、身体機能の確認 ・ グループ療法に対する声かけ

②個別の取組の課題やバリエーション

- ・ 現在当院に入院している高齢入院患者は生活障害に加え、かなり強い精神症状を有するため、退院できない症例が多い。向精神病薬による症状の改善には限度がある。
- ・ 長期入院となることでの環境面の変化(キーパーソンの変更、自宅の処分など)。
- ・ 本人の認識と家族の認識の違い。また、それに伴う本人のモチベーションの低下。
- ・ 本人が入院している方が安心、退院したら近隣に迷惑をかけるのではないかと家族の懸念。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

- ・精神症状の重症度より、迷惑行為等の社会性が障害されている症例は退院が難しい。
- ・家族の退院に対する気持ち（本人のことを大切に考えているかどうかと必ずしも一致しない）。
- ・自分の生活空間を大切に、多患者やスタッフが入ってくることを快く思っていない人は、支援が比較的順調になるパターンが多い。スタッフ、多患者に対し依存度が高くなるほど支援が長引く。
- ・家族の意向がはっきりしていなければ、支援が進みにくい。

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

看護師、精神保健福祉士

②コーディネートに関して苦労した点

- ・情報共有（同じベクトルに、向かって支援を行っていくための）
- ・患者と家族の関係調整

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none"> ・関係者で集まり、患者の背景、現在の状態などの把握。 ・家族に対して、自分の要求を伝えることが困難な時の代弁。 ・患者と家族が感情的になる時の介入。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手続きを行う際に、介護保険法が自立支援法より優先など手続きに時間がかかる場合がある。 ・法人外の施設では口頭では説明が伝わらず、結果が食い違うことがある。途中経過でも書面での確認が必要。

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
<ul style="list-style-type: none"> ・全体会議 ・ケース会議 ・病棟内で、医師、看護師、作業療法士で問題点の洗い出し ・申し送りによる情報共有 	<ul style="list-style-type: none"> ・手続きを行う際に、介護保険法が自立支援法より優先など手続きに時間がかかる場合がある。 ・法人外の施設では口頭では説明が伝わらず、結果が食い違うことがある。途中経過でも書面での確認が必要。

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

(実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします)

		入院中	退院後
医療費	診療報酬	医療費：15,000円 食事代：9,000円 自費分：6,500円	歯科等を受診すれば、診療費がかかるが、基本的にはなし
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		50,650円
その他			

※退院した方はいないため、非課税世帯の入院患者が介護老人保健施設に退院した場合を想定し、本人負担を記載しています。

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取り組みにより退院となった患者について)

① 実際利用するサービスの一覧 (すべて)

・ 障害福祉サービス ・ 自立支援医療 ・ 訪問看護 ・ デイナイトケア

② 退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

介護保険のケア計画はケアマネージャー、障害福祉サービスは相談支援専門員が計画を立てるが、介護保険と障害福祉サービスを両方利用する際に、全体的なサービスの計画をまとめる役割を果たす人がいればよいのではないかと。

7. 「再入院率等」についてお答えください

※取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください

・ 退院した患者はいない

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組マニュアル(案)についてのご意見についてもお願いいたします)

- ・ 改めて個別目標を対象患者と話し合う時間を持つことにつながった。
- ・ 治療の適合性を高めるとともに、停滞している治療を進めるきっかけになった。
- ・ 人格の低下や精神症状により本人の希望を聞き取りにくい患者に対しては、マニュアルを用いることが難しかった。
- ・ マニュアルの展開から地域移行準備までに移る部分で難しさを感じた。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	41-02
病 院 名	嬉野温泉病院

退院支援に取り組んだ事例数 10件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

ある程度病状が落ち着いて退院が可能と思われるケース、もしくは、本人からの退院の希望があったケース

②組織としての特徴的な取組の具体例

退院支援、地域生活支援プロジェクト（病棟カンファレンス）のほか、毎週月曜に退院支援会議を実施。
精神保健連絡会議（市、保健所）との連携
当事者の心理教育

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師 看護師 作業療法士 精神保健福祉士	管理栄養士、薬剤師 PT、CP、ST（全職種）

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

①70歳 男性 （任意→医療保護）：躁うつ病
H12年入院。本人より以前小グループで見学に行った養護施設への退院希望あったが、家族がいるからとの理由で入所できず、介護保険利を申請し、他の施設を勧める方向を検討したが、家族から強く入院継続の希望があり進められず、本人の病状も悪化し医療保護入院へ変更となった。

②76歳 女性 （医療保護）：統合失調症
H19年入院。元々介護老人福祉施設入所しており、施設への退院を本人も希望されていたが、施設側としては以前入所中にスタッフへの暴力あり、施設側は受け入れ困難。グループホームを見学したが、入所直前になって本人の病状悪化し入所を拒否。家族も行方不明で、保護者不在のため入所の手続きもできない。

③66歳 男性 (任意): 統合失調症
H18年入院。アパートにて一人暮らしをしていたが、入院し退院後の一人暮らしには自信がないとの事で施設への退院を希望。家族の協力が得にくいため、施設入所の手続きまで至っていない。家族の心理的ケアを行いながら、今後も退院支援をすすめていく。

④58歳 女性 (任意): 統合失調症
H15年入院。ろうあ者。ある程度病状の安定あり、退院支援すすめるが家族が自宅への退院を拒否。施設入所について検討行うも適応施設なく、現在も退院先について検討中である。

⑤71歳 女性 (任意): 統合失調症
H15年入院。小グループ療法に毎週参加を促し、集団適応能力の評価を行ってきた。三ヶ月に一回は施設見学も実施。施設入所に前向きになられた。今後は、家族へのアプローチも行い施設入所をすすめていく。

⑥72歳 女性 (任意): 統合失調症
H3年入院。精神症状は比較的安定しており、身体的介護が中心となりつつあり、施設入所を検討。介護保険申請を勧めるが、家族(姉)も高齢で他に協力を得られる家族もなく介護保険の申請自体ができていない。今後、成年後見制度利用を含めた検討を要す。

⑦65歳 女性 (任意): 統合失調症
H3年入院。今後一人暮らしは困難な状況であり施設退院を検討。小グループでの施設見学行い、本人の希望もあり養護老人ホームへの入所手続きをすすめていった。しかし、施設見学以降、環境が変わることへの不安が強まり、精神状態不安定となり退院支援を中断した。

⑧70歳 女性 (任意): 統合失調症
H15年入院。小グループでの施設見学行い、本人の希望もきかれたが金銭面・身体面を考慮すると介護保険での入所は厳しいため、現在ケアハウスへの入所を検討中であり、家族の協力を得ながらすすめていく。

⑨76歳 女性 (任意): 統合失調症
H14年入院。小グループでの施設見学行い、本人の施設に対する印象も良かったが、環境の変化に対する反応か、徐々に妄想活発となり、離院行為もみられ、現在は退院支援中断中である。

⑩70歳 女性 (医療保護): 統合失調症
H18年入院。作業療法への参加を促し、日常生活能力の向上を図ってきた。自宅退院を検討し、家族との外出も定期的に実施。しかし、幻聴、妄想の改善困難にて自宅への外泊はできていない。今後も退院支援継続予定。

②個別の取組の課題やバリエーション

- ・①、②、⑦、⑨は、本人の環境が変わる事への不安から病状不安定となられた。
- ・①についても、10例以外でも家族がいる事で養護老人ホームへの入所が出来ない。施設(養護)側の受け入れは良いが、市町村が経費の問題にて入所できない。
- ・どのケースも家族の理解や高齢化などの問題を抱えている。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

退院支援は「家族」が動いてもらわないと先に進まず、家族の役割が大きいため、「家族」の理解、協力が得られるかどうかで大きく影響する。

④その他

「家族」の代わりにする事ができる 誰か（成年後見人など）の存在の必要性

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

主にPSW、時に医師

②コーディネートに関して苦労した点

家族の理解を得るのが難しい。 家族も高齢化しており、兄弟では疎遠
長期入院で本人は蚊帳の外になっていて、退院援助に関わるのも迷惑といった状態

③具体的な調整内容

病院内	病院外
ケア会議の調整、進行、スケジュール作成 関係職種との情報共有等	地域や施設のケマネ、保健師などへの連絡・相談

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
病棟カンファレンスを機に多職種での連携が始まり、その後精神保健福祉士を中心として退院支援を進めていく。	養護老人ホームへの入所に際し、各市町村の担当者との話合いが苦労する。

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取組により退院となった患者について、詳細にお願いします）

・該当者なし

		入院中	退院後
医療費	診療報酬		
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		
その他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取り組みにより退院となった患者について)

① 実際利用するサービスの一覧 (すべて)

介護保険、自立支援、社協の地域福祉権利擁護事業

② 退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

- ・ アパートを借りる際や施設入所時の保証人 (アパートを借りる際に必要) や保護者
- ・ 介護保険を利用しなくても利用できる施設
- ・ ACT の充実

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

- ・ 該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組マニュアル (案) についてのご意見についてもお願いいたします)

- ・ 日々行っている業務の再確認ができた。チェック機能にもなる。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	35-09
病 院 名	医療法人水の木会 下関病院

退院支援に取り組んだ事例数 2 件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

① 65 歳以上 ②入院 5 年以上 ③認知症を除く 以上 3 つの条件を満たす方

② 織としての特徴的な取組の具体例

医療、介護、福祉の各分野の職種及び当法人関連施設との連携

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師 看護師 精神保健福祉士 作業療法士 心理士	介護支援専門員

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

73 歳 女性 幻覚や「自分は教育委員長である」等の妄想に左右された行動を認め、S50 年より入院している。家族は関係拒否や所在不明で疎遠状態である。現在生活支援課ケースワーカーがキーパーソンである。	保証人となる家族がいないため、保証人なしで入所可能であり生活保護でも入所できる施設を探し、見学を本人と行った。見学後に施設入所について拒否。S50 年より前に住んでいた家に住むなど現実感のない発言を一方向的に話し、退院までには時間を要す。
---	---

73歳 女性

S35年に次女を出産した頃から不安、焦燥感が増大し、幻覚、妄想等の症状が認められるようになり、精神科への入退院を繰り返した。H11年11月当院に入院となり、入院治療を継続していたが、「病院の外に出ると山男に殺される」との妄想が固定化しており、退院には拒否的であった。ただし院内では問題行動にいたることなく生活出来ていたため、施設への見学を繰り返し病院以外にも安全なところがあることを了解してもらった。

「入口に鍵をかけてくれる」「男性職員が働いている」など、本人の希望する条件を満たす施設への入所が決まり、H24年12月退院となった。

③ 別の取組の課題やバリエーション

退院支援にかかわらず、常日頃より家族、親族との関係を保つため連絡を取り合う
残存する精神症状
当人の気持ちの変動

④ 調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

陰性症状中心で服薬や金銭等の身の回りのことが自己管理できる方
また保証人や手続き等の関わりを行う家族がいれば順調に支援が進む

④ その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

① 病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

精神保健福祉士

② コーディネートに関して苦労した点

関わりの少ないまたは関係を拒否されている家族への連絡や協力要請

③ 具体的な調整内容

病院内	病院外
他職種との情報共有、連絡調整	入所施設との連絡調整

④ その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
定期的なケースカンファレンスを開き、 そこで検討し情報共有を行っている。	業務を行う中で地域ケア会議を開催する日程調整

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします）

		入院中	退院後
医 療 費	診 療 報 酬		
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介 護 報 酬	要介護1	要介護1
そ の 他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 際利用するサービスの一覧（すべて）

有料老人ホーム、デイサービス、ホームヘルプ、居宅介護支援事業所

②退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

--

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

・該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

（取組マニュアル（案）についてのご意見についてもお願いいたします）

対象者の状況や家族の希望、心情が確認でき、また整理することができた。
退院支援ガイドライン作成については退院を阻害する要因に対する対応策や評価方法を示していただくものがあれば退院促進につながっていくのではないかと思います。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	40-77
病 院 名	門司松ヶ江病院

退院支援に取り組んだ事例数 2 件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

- ・ 金銭面
- ・ 家族背景
- ・ 本人の病状と意欲
- ・ 老健入所を検討できる方

②組織としての特徴的な取組の具体例

- ・ H20. 10～精神科地域移行実施加算算定のため、5 年以上の入院者をピックアップし、退院支援を実施（60～70 名中の 5%：4 名以上の退院）
院長、名誉院長、各課長が出席する幹部課長会議にて毎月の退院状況報告
- ・ 週 1 回の各職種が集まったの総合カンファレンス

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師 ・ 看護師 ・ 精神保健福祉士 ・ 作業療法士 ・ 臨床心理士 ・ 事務職 ・ 薬剤師 ・ 管理栄養士 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護師 ・ デイケアスタッフ ・ ケアマネ ・ 保健師

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

①氏名：男性 70 代

診断名：統合失調症（障害基礎年金 2 級、精神障害者保健福祉手帳 2 級所持）

ADL は自立しているが、2～3 年前より足の筋力が低下し、摺り足で歩行している。

入院時は、身の回りで起こる出来事は全て周辺住民や正体不明で自分をつけ狙う「X たち」という正体不明の集団の仕業である、という被害妄想が強かったが、入院することで直接の危害を受けなくなったと認識し、比較的早期に病状は回復、安定した。しかし入院のきっかけとなった水道の故障は隣家の住民が仕向けたことである、という認識は変わらず、PSW に対し「家を引っ越したい」という相談があった。

自宅は本人名義の一軒家だったが建物の基礎部分が腐食している可能性もあり、このまま居住し続けることは非常に危険であると推測された。転居した場合は両親が残した遺産を使用することになるため、そのことに抵抗があり、転居に同意することはなかった。

しかし今回は本人の転居希望であり、そのなかで転居後の費用等は遺産を使用したいと話していたことから、転居費用やその後の生活費を障害年金＋遺産分で計算することとなり余裕が出たこと、今回の退院では高齢である本人が安全で快適に生活できる環境が必要であると支援者全員が感じていたこともあり、病院 PSW が中心となり転居と退院支援を実施することとなった。

転居に関し一番の問題となったのは、賃貸契約を結ぶ際の保証人だった。「障害者居住サポートセンター」を利用することを提案。同センターでは保証人のいない障害者に向けて家賃保証事業を行っている会社を紹介するサービスを行っており、物件紹介とともに家賃保証事業の利用申請も行うこととなった。転居に際し前の居住先だった自宅の処分を希望しなかったため、居住財産を所有しているという理由で、公営住宅の賃貸は認められず、民間アパートを賃貸する方向で物件を探すこととなった。

センターの利用に際して行った面談で本人からの転居先の条件として

- ・ 今までと同じ区内が良いが、今の居住地域からは少し離れた場所が良い
- ・ 坂が少ない場所で、バス停まで徒歩 15 分以内

このほかに具体的な家賃額の希望を挙げた。

前述にあるように、被害妄想から近隣住民とトラブルになりやすく、時に大声を上げることもあったことから、一軒家を借りることも検討されたが、建物の手入れの問題から断念。条件に合った集合住宅を探していくこととなった。

居住サポートセンターでの物件探しは不動産会社に障害を開示することが条件であるため、理解が得られる大家や物件が限られていることから、実際に物件が見つかるまで 3～4 ヶ月ほど時間を要した。このため病院での待機期間中に度々「転居を止めたい」、「こんなところにいたくないから、今すぐ（元の）家に帰りたい」と訴えた。

転居を決断したものの、これまでと違い家賃を支払ってアパートを借りることは「自分には分不相応な生活」と受け止めており、PSW が週 1 回の面談を実施。退院に対する不安な思いを傾聴し、退院に関する具体的な支援の説明を行った。

生活用品の購入や役所での手続きに PSW が同行した際に外出先でお茶を飲む時間を設け、娯楽を楽しむことを体感してもらい解消を図った。この働きかけで病院に閉じこもるのではなく、外出するほうが気分転換になることを自覚。その後自身が所有している高齢者向けのバス定期券を利用し、バスに乗って市内を周回してくることを楽しむようになり、定期的な外出ができるようになったことで不安の訴えは少なくなっていった。

賃貸物件に際し、緊急時については具体的なサポートが得られる連絡先が欲しいという不動産会社の希望に応じ、病院と本人と事務委任契約を交わしている司法書士が連絡先となった。

生活環境が整ってからは外出泊時に同行し、弁当の購入方法や家電の利用方法などを説明。外出泊を行っても病状の不安定さが見られなかったことを確認し、関係者が全員参加した退院前カンファレンスを実施。在宅生活では介護保険のホームヘルパー制度の利用、訪問看護、金銭管理など、多様な面で支える体制をつくり、本人の安心につなげ、退院となった。

②氏名：H. T 女性 70代

診断名：統合失調症、右乳癌

要介護 4 介護老人保健施設入所

本人と医師、PSW がそれぞれ面談を行ない、本人が当院併設の介護老人保健施設へ入所することを納得。介護老人保健施設の責任者とも面談し、施設見学を行ない、本人了承後、ご家族との面談を行なった。

ご家族は、もし本人の調子が悪くなった時はすぐに病院が対応してもらえるならば、退院を許可すると言い、ご家族も了承した。

介護老人保健施設にて入所調整を行なってもらい、本人の面談から約 1 ヶ月で退院となった。入所しても現時点では何の問題も起こっていない。

②個別の取組の課題やバリエーション

・単身高齢者特有の不安感、孤独感に対する精神的支援
今回の支援を通し、高齢精神障害者であっても社会資源を活用することで退院は可能であることは証明できたが、家族がいないという孤独感への対処や、そういった高齢精神障害者にどこまで精神的自立を促すべきかという答えはいまだに出ていない。このような問題が解決できるのがACT（包括型地域生活支援プログラム）だと思われるが、県内ではまだ準備段階であり、本ケースの患者が居住する地域に導入される見通しもない。

患者の精神的な自立という問題は今後も課題として残り、容易に解決できないものであると感じているが、これから同じような支援を行う際も物質的支援だけで満足させようとせず、精神的なサポートをどうすべきかを課題として考えていけるようにしたい。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

・患者の精神的な自立という問題
・家族の理解
・退院後のフォロー体制

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

・精神保健福祉士 ・病棟責任者

②コーディネートに関して苦労した点

特になし

③具体的な調整内容

病院内	病院外
・定期的なカンファレンス	・退院前カンファレンス ・不動産見学 ・自宅不要品処分 ・日用品購入 ・電化製品の使用練習

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内	病院外
具体的な連携方法（すべて）	地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
	・電話での状況報告等は時間が取れないため、電話でのやり取りをやめ、FAX 報告に変更した

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

(実際に取組により退院となった患者について、詳細にお願いします)

		入院中	退院後
医療費	診療報酬	・退院前訪問看護 ・精神科作業療法	・精神科デイケア ・精神科訪問看護
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		・ヘルパー
その他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取組により退院となった患者について)

①実際利用するサービスの一覧 (すべて)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| ・ホームヘルパー | ・北九州障害者居住サポートセンター |
| ・権利擁護事業による財産管理サービス | ・夕食宅配サービス (セブンミール) |
| ・司法書士との公正証書による契約 | |

②退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| ・ホームヘルパー | ・北九州障害者居住サポートセンター |
| ・権利擁護事業による財産管理サービス | ・夕食宅配サービス (セブンミール) |
| ・司法書士との公正証書による契約 | |

7. 「再入院数等」についてお答えください

* 取組みマニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院となった理由についてお答えください

- | |
|--------------------------|
| ・緑内障となり眠前薬を減量し、不眠が3日間継続。 |
|--------------------------|

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組みマニュアル(案)についてのご意見についてもお願いいたします)

- | |
|--|
| ・当院もクリニカルパスを使用しているので、全体の流れと各職種の役割が明確となり使用しやすいと感じた。 |
|--|

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	20-16
病 院 名	鶴賀病院

退院支援に取り組んだ事例数 10件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

・入院期間が長期であるため。

②組織としての特徴的な取組の具体例

- ・ STEP
- ・精神科退院前訪問の実施
- ・地域の施設への定期的訪問(精神科訪問看護)
- ・退院支援コーディネーターとの連携
- ・ケアプランナー連絡会への出席

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、作業療法士、臨床心理士薬剤師、精神保健福祉士	民生委員、弁護士、司法書士、生活保護ケースワーカー、ケアマネージャー、社会福祉士、保健師、ボランティア

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

①86歳、統合失調症、障害基礎年金、S28～入院中。
 仮面様無表情で、無為・自閉的な生活を送っている。周囲との感情的接触は極めて困難。
 整容不十分なこと多いため、声かけをしていく。糖尿病の自覚がないため、自覚をもってもらえるよう働きかける。
 身体合併症に伴い、医師、薬剤師で薬剤の見直しを行った。

②82 歳、統合失調症、障害基礎年金、S29～入院中。
洗面・食事・入浴等、すべてにおいて介助が必要。幻聴・妄想があり、空笑・独語が目立つ。
現在車いす使用。ADL を下げないようにする働きかけ行う。会話可能だが副作用でろれつが回らないことあり、薬剤の見直しを行った。

③82 歳、統合失調症、障害基礎年金、S29～入院中。
表情硬く、意思の疎通が図れない。妄想が強く、言動が支離滅裂である。
ベッド上の生活のため、移動時転倒の危険性あり、見守り要する。誤嚥注意。
薬剤師の処方提案により、薬剤減量化に取り組む。

④76 歳、統合失調症、障害基礎年金、S31～入院中。
情意の鈍麻が著名で、被害妄想など病的体験示すこともある。無為、自閉的で病識はなく、制裁性亢進を示す。
トイレ、食事自立だが、お菓子を食べすぎることある。1 人で過ごすのが好きで自室に引きこもりがち。他者との交流ないため、声かけし行事への参加促していった。

⑤83 歳、統合失調症、障害基礎年金、S31～入院中。
ぼんやりとした表情、動作緩慢、疎通性不良、周囲との接触は乏しく無為。
身体機能の維持、向上のための関わりについて医師、看護師で検討した。
ex) 補水少ないため、Ns からの促し、便秘解消のため全身運動の促し、歯がないため食事の見守り。

⑥68 歳、統合失調症、障害基礎年金、S32～入院中。
情意鈍麻あり、整容不全により不潔感が著しい。単純な会話なら疎通性はあるものの、内容はとりとめもない。自発性なく、日常生活も指示介助が必要。
夜間の歩行不安定なため、見守りが必要。排尿に間に合わず失禁が見られるため、オムツの利用、失禁による皮膚疾患の改善に取り組んだ。

⑦81 歳、統合失調症、障害基礎年金、S32～入院中。
異常状態は著明ではないが、欠陥状態の進行、固定化。感情鈍麻を中心に無為自閉、意欲減退。
拒絶的ではないが、情緒的接触はない。
排便のパターンを自覚してもらうとともに、医師、薬剤師で薬剤（下剤）の調整をした。

⑧84 歳、統合失調症、障害基礎年金、S33～入院中。
感情鈍麻はかなり高度で終日ぼんやりとしており、何かする気になれず、衝動的興奮を起こしやすい。何を考えているかが分からず、奇妙な被害妄想あり、自他の区別もつかない。
糖尿病治療に対する理解が得られず、血糖コントロールが不良。医師、看護師、PSW で病気への理解を深めていく関わりを行った。

⑨92 歳、統合失調症、障害基礎年金、S33～入院中。
感情の鈍麻、意欲の衰退は顕著であり、無為自閉の生活を送っている。病状は不安定。
耳が遠いため、会話の疎通ができない。寝たきりでオムツ着用。食事は半介助。
ADL が低下しないよう、医師、看護師で本人への働きかけについて検討した。

⑩S20 生、68 歳、てんかん性精神病、障害基礎年金、S38～入院中。
放火事件を起こし、措置入院となる。入院から 5 年後に任意入院となるものの、病状は好転しない。情意の鈍麻冷却があり、表情は痴呆上で、時に大きな声で独り笑い、思考は滅裂で幻聴妄想などがある。
現在の状態維持を目指すとともに、薬剤師の処方提案により薬剤単剤化に取り組んだ。

②個別の取組の課題やバリエーション

- ・入院期間が長期となっているため、患者本人が退院に対し消極的になっている。
- ・退院先の確保が困難。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

- ・家族の協力の有無、親密性（受け入れ先の確保のため）
- ・本人の退院希望の有無

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

- ・精神保健福祉士
- ・看護師

②コーディネートに関して苦労した点

- ・受け入れ先の確保が困難
- ・本人の退院への動機づけ

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none">・ケア会議・退院に向けた支援方法の共有と実施・STEP	<ul style="list-style-type: none">・ケア会議・施設や自宅の下見・ショートステイ・サービスの申請手続きの援助

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
<ul style="list-style-type: none">・ケア会議・STEP	<ul style="list-style-type: none">・入所施設に空きがない・精神科入院患者は高齢者関連施設から敬遠される

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

(実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします)

・該当者なし

		入院中	退院後
医療費	診療報酬		
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		
その他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取り組みにより退院となった患者について)

① 実際利用するサービスの一覧 (すべて)

・該当者なし

② 退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

- ・ADLが高いことにより、介護保険制度が利用できない方のための入所施設
- ・アパートの保証人代理制度

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

・該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組マニュアル(案)についてのご意見についてもお願いいたします)

- ・取組項目が多い。また、高齢者には難しい項目が多い。
(服薬の自己管理、患者・家族と共にとりという項目が多いこと等)
- ・施設への退院となる場合、活用できる項目が少なくなる。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	22-18
病 院 名	沼津中央病院

退院支援に取り組んだ事例数 10件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

対象者が3つの病棟にいたため、負担を均一とする為に、
 ①病棟：3名／22名 ②病棟：4名／4名 ③病棟：3名／3名とした。(取り組んだ事例数／対象数)
 ①病棟では、退院の方向性が、具体的に示されており、支援していく上でマニュアルを参考にしようとした事例・退院の可能性はゼロではないが、術もなく、きっかけとして選定した事例・かなり難しい事例

②組織としての特徴的な取組の具体例

退院支援は全例あたりまえのように多職種で取り組む
 入院時より PSW が対応し、地域別の受け持ち性となっている。
 グループホーム・ケアホーム・支援センター等の施設を持ち、社会資源へと繋いでいる。
 入院患者は、重症例が多い。(早期から退院への取組みをしてきた)

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師 看護師 PSW	OTR 薬剤師 栄養士 訪問看護 保健所 行政職員（生保担当者）

④その他

社会資源の充実が退院を左右する。

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

ア. 30年弱の入院生活。養護老人ホームを目標に支援。退院先となる施設見学（本人、PSW、Ns）生活を具体化出来るように情報収集、本人・家族（いとこ）の不安解消を行う。病院側、本人、家族、行政それぞれの役割分担を明確化し、時期の設定を行う。入所準備と日用品の買い物外出を計画。歯科受診をし、義歯の調整も行う。

イ. 本人の病状評価をしながら、退院イメージを本人に持ってもらうようアプローチ（退院することを考えていない患者）現在の本人の状態に適した退院先探し。

ウ. 病状不安定。変化に弱く、病状悪化。保護室対応となってしまう、進まず。

エ. Ns・主治医にて ENT に向けた話し合いを実施。PSW を含めた多職種カンファレンスを行い、受け入れ可能な施設の検討。介護度から施設選択を考えるが、具体化せず先に進まず。精神症状に波があり、会話性の独語激しく、昼夜を通して見られる。妄想・幻聴に左右され、金銭を他者へ渡してしまう事もある。現状では退院は難しい。

オ. 保護者が他界、兄弟は遠方にいるが、拒否強く、生保・市長同意での入院継続。突発的な暴力、難聴もあり、コミュニケーションが困難。精神症状の安定が図れれば、検討できるが、難しい。現在個室にて隔離中。

カ. 個室にて隔離中。誇大妄想あり。プライド高く、易怒性ある。刺激にも弱く、隔離継続している。家族も協力的でなく、関わりを求めると、苦情となってしまうため、時間をかけて話を進めていく必要がある。

キ. 拘り強く、意にそぐわないと怒り出すこと有り。正義感も強く、他者への注意がエスカレートし怒るケースも多い。援助・関わりを受け入れず頑なである。生活は自立している。自宅退院は家族の受け入れがない。家族も場所が変わることを希望されず、本人は自宅退院を希望し、施設退院を拒否している。

ク. 保護室にて身体管理中。肺炎・イレウスを繰り返している。病状的には、疎通がとれないことが多い。睡眠コントロールが難しく夜間の独語が激しい。多職種カンファレンスにて検討し、介護申請し、特別養護老人ホームを目指す方向で動いている。家族はいるが、高齢、体調不良にて市長同意での入院。

ケ. 4 床室使用。大声の独語は盛ん、病状に左右され、食事に集中できず、捕食がメインとなっている。老人施設について、PSW より家族へ説明実施（経済的には安定）。1 月に転倒にて大腿骨骨折し、手術のため転院。現在、当病棟にて、リハビリ中。

コ. 妄想言動・易怒性有り。暴力まではいたらないが、暴言がかなりひどい。嚥下の機能低下、排泄への援助も要する場合がある。甥も当院入院中。保護者は同一。高齢で、金銭以外の関わりはほぼない。糖尿病にて受診しているが、Ns が付き添っている。2 人分の入院費・小遣い等で金銭的な負担が大きいと考えられる。養護老人ホームへ向けた家族への働きかけを行っていく方向まで。

②個別の取組の課題やバリエーション

家族も高齢にて他界もしくは世代交代しており、受け入れは困難
家族不在もしくは連絡のつかない状況
症状（暴力・他害）により受け入れる場が無い
経済的に施設に行く方が高額となる為、家族が積極的でない。
本人・家族の拒否・不安

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

キーパーソンの有無 家族の協力があるか
経済的根拠があるか 本人が受け入れられるか（不安の程度、適応力）
医療チーム全体の考えかた・価値観の統一

④その他

施設など受け入れ先の精神障害に対する理解

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

PSW Ns

②コーディネートに関して苦労した点

本人の思いと行政側の手続き等の速度が一致せず、本人の焦燥、不安につながった。
 展開していく上での役割分担
 家族調整 経済面
 その方に合った社会資源の模索 本人の気持ち
 受入先の理解

③具体的な調整内容

病院内	病院外
情報共有（多職種カンファレンスの調整） ケアプラン作成 家族のサポート 施設見学 施設担当者との面接サポートや必要書類の作成 家族調整	関係機関との連携・カンファレンスの開催

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
担当看護師を軸にし、必要時連絡を取り合い、 病棟で多職種カンファレンスをしたり、直接 コミュニケーションをとって連携を図る。カ ンファレンス用紙の活用 訪問看護・外来・ デイケアの病棟訪問	関係機関とのカンファレンスの日程調整。精神障 害に対する偏見。長期入院というだけで受け入れ に警戒感がある

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします）

●退院事例なし

		入院中	退院後
医療費	診療報酬		
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		
その他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取り組みにより退院となった患者について)

① 実際利用するサービスの一覧 (すべて)

●退院事例なし

② 退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

ケアホームの充実 (コスト面で入所しやすい所)

保証人代理制度 (アパート契約時)

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

・ 該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組マニュアル(案)についてのご意見についてもお願いいたします)

項目が細部にわたり多かったので、実質的に施設への移行に繋がるどころまで行きにくいように思えた。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	01-78
病 院 名	さっぽろ香雪病院

退院支援に取り組んだ事例数 3 件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

本人、家族へ退院に向けて話を進め始めているケースを対象とした。

②組織としての特徴的な取組の具体例

入院患者毎に PSW の担当をつけており、退院についても担当 P S W が支援を行う。

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、作業療法士、PSW	臨床心理士、管理栄養士、薬剤師④ その他

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

<p>Aさん 80 歳女性 H4 年頃から入退院を繰り返す。興奮しやすく、易怒的な状態も落ち着いてきたため、退院が検討されている。キーパーソンは夫。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夫、長男、長女への協力要請 ・ 本人、家族への退院先住居の説明と見学 ・ 経済面の問題整理
<p>Bさん 74 歳女性 独語、意味不明の発言、興奮状態により H4 年に入院。状態が落ち着いてきたため退院の方向で調整を開始した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の退院への不安を受容 ・ 家族へ退院に向けて教職を要請 ・ 族済面の問題整理
<p>Cさん 86 歳女性 家族や本人の借金問題により、不安・焦燥感が強まり入院に至る。 状態が安定したため、退院調整が開始されている。 キーパーソンは娘。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人、家族へ退院先候補施設を説明 ・ 本人、家族への退院先住居の説明と見学 ・ 経済基盤の確認 ・ 家族の退院時期の意向確認

既に退院した方（H24年2月退院で対象外）ですが、今回の調査の対象範囲（年齢、入院年数、疾患）でしたので、当時の退院調整の様子を掲載しました。

69歳女性

H3年頃から入退院を繰り返す。

漠然とした不安感、恐ろしい腹部の違和感を訴え、単身生活が困難となり入院に至る。状態安定により退院調整が開始された。

- ・本人の退院への不安を整理
- ・退院先施設の説明
- ・施設見学（本人、家族と共に）
- ・体験宿泊の調整
- ・族済面の整理

②個別の取組の課題やバリエーション

A氏：家族は経済面を理由に退院に対し難色を示す（入院しているほうが安い）
キーパーソン以外の家族は関心があまりない様子。

B氏：家族は経済面を理由に退院に対し難色を示す（入院しているほうが安い）

C氏：退院時期が家族の都合による。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

家族は退院に同意するものの、経済面の問題でスムーズに進まないケースは多いと思われる。また、キーパーソンとのコミュニケーションがやや困難で、他の家族も退院について関心が薄い場合も時間を要する。

キーパーソンが高齢の場合は、現状維持（入院継続）を希望することが多い傾向にある。

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

PSW

②コーディネートに関して苦労した点

家族の都合への配慮。

退院先居住施設候補の選定（居住施設側のスタッフと連携し本人をサポートできる体制があるかどうか）。

退院に対し、本人の揺れる思いに沿うこと。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none">・本人、家族の意向に伴う退院先の選定。・本人、家族と入居先候補施設を見学。・院内関係部署との情報共有。	<ul style="list-style-type: none">・退院先の見学など退院先入居までのサポート。・退院先施設スタッフと役割や連携フローを確認。・経済面の制度利用を支援。

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
・カンファレンスによる多職種の情報共有はもちろん、細かい経過報告を PSW からタイムリーに行う。	・高齢者、障害者向けに新規オープンとなる居住施設が多くなってきたが、本人のサポート体制がどの程度あるのか不明。

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取組により退院となった患者について、詳細にお願いします）

- ・該当者なし

		入院中	退院後
医療費	診療報酬		
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		
その他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

--	--

② 退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

長期入院者が退院して家族と同居できるケースは少なく、グループホーム、ケアホーム住居系サービスを利用するケースが多い。また、本人の状況に応じた活動場所の利用を合わせて検討することも多い。

特に高齢精神障害者が活動できる場（サービス）が必要だと考える。

7. 「再入院率等」についてお答えください

- ・なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

（取組マニュアル（案）についてのご意見についてもお願いいたします）

〈取組マニュアル（案）について〉

- ・退院支援上必要な項目をチェックするため、取組経過を把握しやすい。

〈退院支援の課題として〉

- ・高齢者、障害者向け住居が本人の支援に十分な体制を備えているかの検証。
- ・家族の都合にどこまで踏み込めるか（結果的に本人に不利益とならないように）。
- ・長期入院かつ高齢者は、「退院」という大きな環境変化にスムーズに対応できるケースは少ないと思われる。地域移行準備段階において、本人が環境変化をどの程度本人なりに受け止めていけるかが大きなポイントと考える。この段階で本人の受け止め方を共に整理しながら進めていく必要があるが、そのためには時間もかかると思われる。また、退院後も入居先と連携しながらこの作業を継続していくことで、再入院を予防する1つの要因になるのではないかと考える。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	13-32
病 院 名	東京足立病院

退院支援に取り組んだ事例数 8 件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

各病棟より均等かつ無作為に抽出した。

②組織としての特徴的な取組の具体例

- ①多職種連携による情報の共有及びアセスメント
- ②本人の症状や障害の程度、生活能力を上記により適正に評価し、条件に応じて受入可能な施設へつなげる。

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、薬剤師、NS、PSW	OT、CP、PT、栄養士

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

<p>S氏 平成 18 年より入院。ADLは自立しており、病棟でも特に目立ったトラブルはないが本人と家族の意向が食い違い調整が困難 (自宅への退院を患者は希望) →足立区内の他精神科病院へ転院となる</p>	<p>W氏 平成 10 年より入院中。 幻聴に左右され、離院のリスクなどあり。本人も陰性症状により、意欲が低下しており、退院したいとは思うものの環境の変化を拒んでいる。</p>
<p>K氏 平成 19 年より入院。 本人は家に帰って兄弟と一緒に暮らしたいというこだわりがあるものの、家族が受入拒否。</p>	<p>M氏 平成 17 年より入院中。 疎通よくADL自立、精神症状も落ち着かれているが妄想へのこだわりから退院へは拒否的。</p>

<p>K氏 平成 18 年より入院。生活機能および認知能力の低下から単身生活は困難と判断 国保・身寄りなし →関東近郊の高齢者ケア付き住宅へ申し込みを行い、平成 25 年 2 月入所となる。</p>	<p>M氏 平成 7 年より入院。症状は固定し、安定した療養生活を送れていることから退院は可能と判断。サポート可能な家族はなし（成年後見制度を利用）。 →関東近郊の救護施設へ平成 24 年 11 月入所となる。</p>
<p>K氏 平成 13 年より入院。生活機能、認知機能の低下がみられ、現在は要介護状態。 精神症状は安定しており問題行動もないため、家族と相談し特別養護老人ホームへの申し込みを行い平成 25 年 2 月入所となる。</p>	<p>T氏 平成 10 年より入院。弟夫婦がキーパーソンだが、高齢によりサポートは困難で退院についても拒否的。施設適応は可能と思われるが、本人は認知能力低下により意思決定は困難である。</p>

②個別の取組の課題やバリエーション

- ①本人・支援者が退院に対しての意欲に欠けている。あるいは拒否的。
- ②症状が安定しない。障害の程度が重く、行動上の問題が存在するなどの理由に在宅・施設での適応が困難。
- ③保証人となる身寄りが良い経済的援助が得られないなど本人以外の環境要因。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

退院が可能かどうかと言う判断見極めは症状や障害、生活機能以外にも意欲も含めた、支援者の協力が本人に合った、退院先の選定などのプロセスが非常に大きな意味合いを持っている。多機関、多支援者の協力による包括的なチームアプローチが支援を進めていく上で、その方向性を左右する、大きなポイントとなると考える。

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

主に、PSWが担当している。

②コーディネートに関して苦労した点

日常業務が多岐にわたり、調整にも時間がかかるなど支援者の負担が大きい。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
関わっている職員間での情報の共有、方向性についての検討。	受入先の開拓。家族や関係機関を含むキーパーソンの連絡・調整など。

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
・ケースカンファ・SST・OTPG ・DC体験参加 ・退促事業院内PG ・訪問看護（退院前）	・ピアサポーター 当事者のみの活動団体のピアサポーターを依頼したがHP枠組みや考えを理解してもらえず、スタッフとうまく連携できなくなった。

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取組により退院となった患者について、詳細にお願いします）

		入院中	退院後
医療費	診療報酬	K・M氏 28160円 M・T氏 4440円 K・E氏 177510円	外来通院代月2回 3人 8400円 薬代は不明の為+α
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬	利用無し	利用無し
介護保険サービス	介護報酬		K・M氏 323900円 K・E氏 362400円 M・T氏 利用無し
その他		請求金額は上記 生保の人など点数上の請求 （食事代+オムツ代10割負担） K・M氏 461120円 M・T氏 479400円 K・E氏 491650円	

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

食事の提供・服薬管理、デイサービス・ホームヘルプ、訪問看護・往診など

② 退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

ADLの悪い患者で介護保険とならない患者のアパートやグループホーム

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組みマニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

・該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

（取組マニュアル（案）についてのご意見についてもお願いいたします）

これだけ項目が多岐にわたり詳細になると、日常業務の中で運用するにはマンパワーも必要となり、取り入れていくには難しいという意見もある。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	33-07
病 院 名	(財) 積善病院

退院支援に取り組んだ事例数 10件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

取り組みマニュアルの条件から ①認知症を除き、65 歳以上で在院期間 5 年以上の人 ②病状が落ち着いている人（主治医の同意があった人） ③条件が整えば退院が可能と考えられる人

②組織としての特徴的な取組の具体例

当院ではクリニカルパスはアルコール症の患者に向けて作成されていた。それを参考にしながら、その他のパスについても現在検討中だったものを、今回の取り組みの中で一部（シートや手順）を使用した。また、退院支援委員会を設置して、毎週 1 回取り組みの進捗状況を確認しながら、退院支援を行った。

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、（管理）栄養士、	作業療法士、訪問看護師、各施設のスタッフ介護支援専門員、市町村高齢福祉課などの職員や保健師、地域移行推進員や相談支援専門員、地域包括支援センター職員、ピアサポーター、地域の民生委員、ボランティアなど

④その他

・病院内部の職員や退院先となる高齢者施設等職員への理解が進められる活動 ・院内で患者様の退院への意欲を高めたり、安心感を与えるような心理教育や活動の場を設ける事 ・パスや取組マニュアルの利用の方法など具体的なツールがあることが望ましい。

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

① 68 歳男性 統合失調症

高卒後公務員として勤務するが、22 歳で発病。精神科病院へ幻聴や家族への被害関係妄想があり、感情不安定となり入退院を繰り返す。H7 年父への暴力あり、入院後現在まで入院中。未婚で両親と同居していたが、その後父死亡、母も死亡し単身者となる。取り組みでは退院先の自宅に対する不安や問題を聴き取りする。退院後の生活を想定して困ることを尋ねたり、心理教育をグループで行ったりした。

② 74 歳男性 統合失調症

中卒後精神変調を来す。20 歳代より入退院歴あり。S46 年からほとんど入院生活、両親死亡し家は売却処分された。妹も精神科病院へ入院、弟は施設へ入所中で弟 1 人も遠方で疎遠。ADL はほぼ自立だが自閉・意欲減退が著明のため、日常の活動力をあげるため、心理教育をグループで行った。

<p>③ 70歳男性 統合失調症</p> <p>中卒後、造船所で勤務。30歳頃発病し、数回入院加療、救護施設を経て、仕事を再開していたが、精神不調となりH11年より入院継続中。アパートを引き払い、入院継続の気持ちが強く、頑なな本人の気持ちで支援するにも受け入れられず、進まなかった。</p>	<p>④ 78歳男性 統合失調症</p> <p>高卒で農業を営む。30歳ごろ発病、精神科病院へ10数回入院歴あり。当院へは精神不調となりH12年より入院継続中。家族の関係もあり、外泊をするも自宅への退院は難しかった。家族への働きかけを少しずつ行い、自宅への退院をゆるやかに検討する。</p>
<p>⑤ 87歳男性 統合失調症</p> <p>青年学校卒。30歳ごろ発病、当院へは精神不調となりS27年より入院し、未婚で単身。</p> <p>S62年より入院継続中。病状が安定してからは院内・院外作業を続け、高齢となってからはADLが少し低下しつつあるが、交流の無かった甥から面会あり、退院の受け入れの話があがった。本人の気持ちに寄り添って、対応に不安を抱える甥との関係をゆるやかに支援していく。介護認定は受け（要介護2）、甥と外出を行ったり、相談中。</p>	<p>⑥ 77歳女性 統合失調症</p> <p>大卒後、教諭として勤務、両親死亡、未婚。28歳頃発病し、精神科病院へ10数回入院歴あり。当院へは精神不調となりH15年より入院継続中。家族の関係もあり、自宅への退院は拒否されていた。施設入所の申込みは以前から行っているが、順番が来ても入所せず。ADLは自立し定期的に外泊を行っている。本人の「病気が治っていない」と言い、退院について意欲が出ない様子。取り組みでは、様子の確認と本人の意向を聴取しながらかわることを続けた。</p>
<p>⑦ 68歳女性 統合失調症</p> <p>中卒後、縫製工場にて勤務24歳頃発病。入院歴数回あり。父死亡後、自宅で単身生活していたが、H16年台風の後病状悪化の為に入院し現在まで入院中。自宅への退院は1人のため不安と話し、施設入所を希望し、見学・申請する。4ヵ月後、面接を行なうことになったが、期間が空いたことから、やや不安となり、今は行きたくない話す。</p>	<p>⑧ 67歳女性 統合失調症</p> <p>中卒後、美容師となり、27歳頃発病し精神科へ入院。その後、結婚し1子をもうけたが、幻覚妄想などあり、入退院を繰り返す。夫は死亡、子供は施設に預け、住居は引き払った。H5年より入院中だが、周期的に病状を崩すことあり退院困難だった。現在は陰性症状主体で、ADLが低下し、認知症も合併してきた。取り組みでは、本人や子供の希望をきいて施設への申請を進めている。介護認定（要介護3）</p>
<p>⑨. 70歳男性 統合失調症</p> <p>中卒。会社勤務歴あるが、50歳代頃で発病。数年間自宅で自閉的な生活を送り、失火で自宅を消失し、全身火傷により救急病院で入院加療後、H13年から入院となる。当初の幻覚妄想などは目だたなくなり、他人との交流も少ないが拒否はない。本人や家族の意向を確認し、年金で支払いでき、環境が大きく変化しない施設ならと介護認定申請とレクへの参加を促した。かわりを増やすことで、希望が言えるようになり、病棟での生活に活動性が増した。</p> <p>介護認定（要支援1）</p>	<p>⑩. 81歳男性 統合失調症</p> <p>小卒・25歳頃発病、粗暴行為があり、30歳代後半に1回入院歴あり。その後は、自宅で母と二人暮らし、独語・不眠・徘徊があり未治療の状態であった。H8年母が入院し、在宅困難となり入院し現在に至る。加齢に伴うADLの低下と精神症状が不安定な為、疎遠な家族からも退院への不安から協力が得られないこともあり、退院支援が進まず。</p>

②個別の取組の課題やバリエーション

・患者本人のニーズを聴くことで思いを知り、関わりや目標を立てることが可能となった・重い身体合併症は大きなバリエーションとなる。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

・ 家族の協力の有無・ 経済的に余裕があること（本人自身の収入で負担が可能なこと）・ 住居（退院する場所）があること。

④その他

・ 患者本人のニーズを聴くことで思いを知り、関わりや目標を立てることが可能となった・ 重い身体合併症は大きなバリエーションとなる。

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

精神保健福祉士、退院支援看護師（病棟看護師の中から退院支援委員として選定）

②コーディネートに関して苦労した点

多職種が関わり、情報を共有して支援に取り組めるように注意。第一には長期入院により患者自身の入院生活への依存する気持ちが強いいため患者の意向や希望をたずね、急な短期間の取り組みで不安を与えたり、病状の悪化をまねかないように緩やかに活動することへも配慮。『退院』『地域移行』という言葉あまり使用せず、現状のアセスメントを行うことや患者のニーズを知ること、生活を豊かにすることを目標にして考えた。また、支援するNs 対応が変わらぬよう、情報の共有等にも配慮した。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none"> ・ 各職種へ取り組みマニュアルの実施を説明。 ・ 職種の支援状況を各病棟ごとで毎週1回、退院支援Nsと精神保健福祉士でミーティングする。 ・ 病棟カンファレンスにて必要な内容を周知し、意見を求める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疎遠となっていた家族への連絡 ・ 高齢者施設申請のため、市役所担当者への相談、面接設定

④その他

・ 当院の取り組みの中では、対象の高齢者に対して、地域移行推進員や相談支援専門員への連携などに取り組むことができなかった。取り組む期間がもう少し長ければ、また準備期間をへて行えば、もう少し結果がでると思われる。

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院内の担当者でのミーティング（適宜） ・ 病棟内でのカンファレンス（毎週1回） ・ 退院支援委員会での進捗状況の確認や相談、検討（毎週1回） 	<p>入院期間が長期化し、地域の方や関係機関の方との関わりを継続していた方がなかった。また、担当者もかわっており、連携するにも全く最初からとなってしまう状況だった。</p>

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

(実際に取組により退院となった患者について、詳細をお願いします)

		入院中	退院後
医療費	診療報酬	診療費 15,000 円 食事療養費 9,300 円	自立支援医療を利用(精神科) 外来診療費 2,500 円まで
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬	0円	0円
介護保険サービス	介護報酬	0円	0円
その他			通院の交通費等約 8,000 円 養護老人ホーム一部負担金約 5,000 円

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取り組みにより退院となった患者について)

① 実際利用するサービスの一覧 (すべて)

- ・ 養護老人ホームの入所・自立支援医療(精神通院)・

② 退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

- ・ 施設職員による通院への移動支援体制(新規入所者へは、通院に家族の同伴または本人単独で出来る方など厳しい条件を出される。地域性として、精神科病院やクリニックが少なく、施設から当院への距離が遠く、交通手段も不便でタクシーなど利用すると費用がかかる。移動支援ではタクシーの実費は本人負担となることもあり、経済的に余裕がないと困難である。)
- ・ 施設入所にかかる保証人の制度や病院に近い場所に共同住居的な高齢者施設、宿泊体験等出来る施設があるとよい。

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

- ・ 該当なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

(取組マニュアル(案)についてのご意見についてもお願いいたします)

- ・ 多職種連携とはチームとして様々な職種が協働して行うことだが、あまり細かにせず取り組むのも良いかもしれない。
- ・ 取組マニュアル(案)についての意見・・・ツールとして、職種別に記載されているのは良い。項目が多いが必要な項目のみチェックしていくと良いと思う。
- ・ 認知症の人の「退院支援・地域連携パス」のように院内カンファレンスや個別のケア会議などで情報共有を行うとよい。

ご協力ありがとうございました

ヒヤリングシート

会 員 番 号	27-42
病 院 名	医療法人清心会 山本病院

退院支援に取り組んだ事例数 2 件

1. 「精神科病院の組織的な取組」についてお答えください

①取組マニュアル実施対象者の選定理由

院内で安定した状態が続いており、ある程度、自分の状況を理解して、自らの意思を示すことが出来るため。（服薬自己管理、家族協力的、本人の不安と希望を把握、陰性症状軽減）

②組織としての特徴的な取組の具体例

退院促進支援事業による支援員と院内で退院支援（退院前訪問看護）を行うなど病院が連携して地域移行に積極的に取り組んできた。
外出（食べる、買い物、社会状況を知るため）、施設見学、デイケアテスト参加

③取組に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師 看護師 作業療法士 精神保健福祉士	臨床心理士、薬剤師 退院促進支援員、介護支援専門員 相談支援専門員、行政（市）の障害福祉担当者 保健所相談員

④その他

特になし

2. 「個々の支援事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

【ケース 1】	
①カンファレンス	内服自己管理・・・a 家族面談・・・b 施設見学・・・c 外出・・・d
a：一週間分の薬 ウォールポケット、及び 使用しないで管理してもらう 頓服薬は詰所管理	
b：退院に対して協力的であるか確認する。また、不安に思っていることを聞く 経済的、病院のバックアップなどの説明（保険など）	

c : グループホーム、ケアホームの見学を、Ns、PSW、OT同伴で行く
どのような所なのか医療関係者もPT同様に理解する

d : 買い物、公共施設の使い方、社会状況を知ってもらう。人に慣れてもらう
⇒ 取り組み継続中

【ケース2】

- ①カンファレンス；情報の共有、課題、方針の確認
- ②本人の意向を聞く、社会資源の情報提供
⇒ 脱臼の為、支援中断

②個別の取組の課題やバリエーション

身体合併症、再発の可能性が高いと、病院以外の選択肢が考えづらい。
また、家族や保護者が不在であると、施設入所が進みにくい。
退院に消極的、又は、拒否しているケースの取り組みを進めづらい。
制度やサービスは以前に比べると充実してきているが、まだ量や質が十分でない。

③順調な支援が進む事例とそうでない事例の比較とその分析

本人が退院を希望し、ある程度の環境を整えることが出来るケースは支援が進めやすい。本人が退院を望まないケースはどんなに環境を整えても進まないことが多い。結果的に本人の気持ち（前向き、マイナス）が変動して、途中でダメになるときもある。

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

精神保健福祉士

②コーディネートに関して苦労した点

退院支援に対する思いや考えは、院内スタッフ間に共通するものがあり、特に感じることはなかった。また、院外の関係機関に関しても、今のところは特に困難に感じた点はない。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
カンファレンスの日程調整 施設見学についての協力の依頼と日程調整	施設見学の依頼、実施 入所に関する具体的な問合せ（施設、市役所） 地域の入所施設についての情報交換

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦勞した点
電話、面談、カンファレンス 院内メールなど	カンファレンスの参加願ひする際の日程調整

5. 「退院前後の医療費や自立支援給付費等のコスト」についてお答えください

（実際に取り組により退院となった患者について、詳細にお願いします）

・該当者なし

		入院中	退院後
医療費	診療報酬		
自立支援給付費等	障害福祉サービス等の報酬		
介護保険サービス	介護報酬		
その他			

6. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

該当者なし

② 退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

24時間対応の入所施設の充実
成年後見制度の柔軟な運用（経済的にゆとりがない方は使いづらい。補佐、補助該当の方は本人が拒否するとすすめられないなど）

7. 「再入院率等」についてお答えください

* 取組マニュアル実施後に退院となった患者様のうち、ヒヤリング当日までに再入院された方の人数と再入院となった理由についてお答えください。

・該当者なし

8. 退院支援ガイドライン作成に対するご意見等ご自由に記載ください

（取組マニュアル（案）についてのご意見についてもお願いいたします）

マニュアルとしてはこれで良いと思う。

ご協力ありがとうございました

「高齢精神障害者の退院支援の推進に係る調査」意見交換会 抄録

ヒヤリングシートをもとに高齢精神障害者の退院支援の取り組みについての報告等意見交換を行った

<第1回>平成25年2月15日	<第2回>平成25年2月21日
①大垣病院 ②五陵会病院 ③浜寺病院 ④五色台病院 ⑤嬉野温泉病院 ⑥下関病院 ⑦門司松ヶ江病院	①大垣病院 ②鶴賀病院 ③沼津中央病院 ④さっぽろ香雪病院 ⑤東京足立病院 ⑥積善病院 ⑦山本病院

<第1回>

支援の取り組みの対象は、精神症状の面から見ると、「ある程度安定している」「入院環境の中での安定」「精神症状があり変動が激しく、少しの刺激ですぐ悪化するのに苦労している」ために長期に入院している高齢者と言える

- ・退院支援や地域移行の取り組みは、他職種間で通常にも行われている
- ・高齢精神障害者について関わりは長期にわたり、支援も長年継続していくも、退院はたいへん困難となっている 遺産相続、家の処分などの支援も行うこともあり、全面的な支援体制をしてもなお困難であった
- ・適切な処遇を期待できなくても、介護保険施設入所が可能なら退院してもらうしかない 特別養護老人ホームや養護老人ホームを見学から支援を開始した取り組みの報告もあった
- ・病状の不安定さや高齢に伴うADLの低下があるのに、本人の退院に対するモチベーションを高めるような働きかけに苦労した

ピア活動している当事者等の働きかけが有効であった

退院に対する本人の意欲が、退院できた理由となっている

「(退院) その気になってもらう」ことを引き出す、持ち上げることが重要だった 入所前提でなく、おいしいものを食べるプログラムから、退院に対するモチベーションを上げていくことも実施した病院もあった

- ・退院支援の取り組みの途中や前段階(説明段階)、退院直前などに病状が悪化してしまう患者も少なくなかった
- ・退院するにあたって、家族や地域での協力者などに精神科病院として「何かあった時は連絡を」「夜間休日でも対応する」「病状悪化時は時再入院の保障を」という事例もあった 退院時に「ある程度のこととする」「できるだけのこととする」と主治医から説明をする場合もあった 特に地域に一人で単身という退院の形となる患者については、家族は書類上のみの関わりとなってしまふことから、大家や民生委員などから聞かれる 病院としては「長い外泊に行っていると思って、その時最善のことをする」と答える場合も…

- ・症状や障害についての理解のため啓発活動に努めることも大切であった 施設や地域を対象に勉強会に講師として対応し、成功例あり
- ・長期入院により家族がいない、家族が高齢、家族が拒否・疎遠となっており、連帯保証人等がないため住居の確保ができない人がたいへん多い 保証人がいなくても入れる施設等が必要
- ・介護保険施設等の現存する施設の機能では退院に結び付かない

退院して、自宅やアパートに住むことが難しく、ADLが比較的高いような高齢精神障害者に、精神科病院の治療と介護保険施設の介護の機能を持つような、中間の役割を持つ施設とかがあるとよい 既存のサービスの数量を増やしたり、施設体系を増やすだけでは、退院とはならない 医療機関、法人内に介護保険施設があれば、退院支援が上手くいく それ以外では、善意のスタッフや義理等も含めて「連携」などかなりの努力が必要となる

<第2回>

- ・入院している方が費用が安いので、退院に積極的にならない
- ・退院先の確保がたいへん困難 特養や老健は待ちが長いので、退院先の選択肢とならない 高齢障害者向け住宅（生保対応も可）が多くある、高齢者アパート（24時間体制のもの）もあり住居としての確保が比較的できるうらやましい地域もあった しかし、専門のスタッフがいなくて、サポート体制に問題があるとのことで、精神科病院よりグループホームのサビ管や世話人に症状・障害の理解や見守りの視点について啓発活動を働きかけている
- ・退院支援を通常も行っているため、今回対象は、取り組みが難しかった事例ばかりであった 今後は、退院が困難な人が長期入院となり高齢となっている、そういう人ばかりに退院支援の対応していかないといけなくなる とにかくやってみようと思わないとできない 今回は期間限定だからできたということもある
- ・退院支援・地域移行に関しての病院内の意識の差があった 多職種連携の体制を整えるのも難しい場合もある
- ・住まいのみでなく、受け入れてくれる日中活動の場がない（介護保険のデイサービスのようなところ）
- ・各職種での退院支援についての意見をまとめる必要がある 職種間の役割を超えたところで関わりを持ち、「地域に出す」という目標を共通に持つ お互いの役割をチームの中で知っていく 週1回病棟にて他職種カンファレンスを行うようにしている
- ・家族がいない、会ったことのない遠い親戚では家族の役割を果たせてもらえないので、成年後見制度の利用をすすめる やってこない家族より、むしろ単身のほうが退院支援はしやすいという現実がある 家族関係が複雑な場合や関わりは一切持たないが、成年後見の申し立てはしない、障害年金だけは管理しているなどの家族は退院支援も動きにくい

V. ICF と BPRS を利用した詳細調査

1. ICF について

国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health ; 以下 ICF) は 2001 年の WHO 総会において改定された、人間と環境との相互作用を基本的な枠組みとして、ひとの健康状態を系統的に分類するモデルである。大きく「生活機能と障害」と「背景因子」の 2 分野からなり、生活機能 (functioning) は「心身機能・身体構造 (body functions and structures)」「活動 (activities)」「参加 (participation)」の 3 要素で、背景因子 (contextual factors) は「環境因子 (environmental factors)」と「個人因子 (personal factors)」の 2 要素で構成される。障害 (disability) は、構造の障害を含む「機能障害 (impairments)」「活動の制限 (activity limitation)」「参加の制約 (participation restriction)」のすべてを含む包括な分類法である。今回これを用い、長期在院患者の評価を行った。評価をするにあたり、全ての因子の第二項目までの評価を行った。まず、エクセルをベースとしてデータを蓄積、視覚化して統計的手法 (クラスター分析) によりグループ分けと「ICF 長期在院精神障害者用簡易版」を作成することを目標とした。

2. BPRS について

精神症状の評価に簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale : 以下 BPRS) を用いることにした。BPRS を採用した理由として、①広く行われている評価尺度である。②項目が少なく簡便であること。③対象が統合失調症だけでなく、精神障害者を広く対象としている。の 3 点である。なお、便宜的に陽性症状因子 (1. 心氣的訴え、2. 不安、5. 罪業感、6. 緊張、8. 誇大性、9. 抑うつ気分、10. 敵意、11. 疑惑、12. 幻覚、15. 思考内容の異常、17. 高揚気分、18. 精神運動性興奮) と陰性症状因子 (3. 感情的ひきこもり、4. 思考解体、7. 衝動的な行動や姿勢、13. 運動減退、14. 非協調性、16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動) とに分類した。これらも ICF と同様にエクセルをベースのデータとして蓄積して検討した。

3. 全体調査

対象患者はⅢ. 全体調査の対象でもあるので、全体調査の中で ADL、IADL を加えて統計処理した。

4. 対象

Ⅳの退院支援ガイドラインによって退院支援の取り組みを行った協力病院と日本精神科病院協会の役員、および政策委員会、地域移行推進委員会、高齢者医療・介護保険委員会の委員の病院より協力病院をつのり、当該病院のなかで調査時に 65 歳以上であり在院期間が最も長い患者から 1～3 名を選抜して対象とし、52 名のデータを得た。

5. 統計的解析

得られたデータにクラスター分析を行った。52 というデータ数から 3、4、5 クラスターに 3 つのグループ分類が可能と考えられたのでそれを行った。

① 3クラスター

クラスター分類により、集団を3グループにグループ分けをした場合の3つのグループの特徴や傾向は以下の通りである。

クラスター1：生活機能障害はあまり目立たず、BPRSでは陰性症状が強い、ICFの精神機能にも顕著な障害があり、尿路生殖器系にも障害がある。活動と参加にも障害があり、特に社会活動の障害が目立つ。背景因子として環境因子はあまり目立たない群

クラスター2：生活機能障害は目立たない。BPRSで判定した精神症状も軽度である。ICFの精神機能も障害も軽い。活動と参加、環境因子では軽度から中等度の障害がある群

クラスター3：生活機能障害としてはADLの障害があり、BPRSでは陰性症状の得点が高い。ICFについて心身機能のなかでは精神機能の障害が顕著で消化器、尿路生殖器系、神経・筋・骨格系にも若干の障害がある。身体構造について運動系で障害が顕著である。活動と参加や環境因子にも高度な障害ある。

		クラスター1	クラスター2	クラスター3
	N	3	35	14
実態調査	ADL	±	+	++
	IADL	±	±	±
BPRS	陰性症状因子	+++	+	+++
	陽性症状因子	+	+	+
ICF I. 心身機能	精神機能	+++	+	+++
	感覚機能			±
	音声と発話			
	血液・免疫・呼吸器			
	消化器・代謝・内分泌			±
	尿路・性・生殖器	++		±
	神経・筋・骨格			+
ICF II. 身体構造	皮膚			
	神経			
	眼、耳			
	心血管系・免疫・呼吸器			
	消化器・代謝・内分泌			
	尿路・性器・生殖			
	運動			+++
皮膚				
ICF III. 活動と参加	学習	++	±	++
	一般的課題と要求	++	+	++

	コミュニケーション	++	+	++
	運動・移動			+
	セルフケア	+++	++	+++
	家庭生活	+++	++	+++
	対人関係	+++	+	+++
	主要な生活領域	+++	++	+++
	社会生活・市民生活	+++	++	+++
ICF IV. 環境因子	生産品と用具	+++	++	++
	自然環境	+	++	++
	支援と関係	+	++	++
	態度	+	++	++
	サービス制度	+	++	++

以上よりこの3群は以下のようにグループ分けが可能と考えられる。

クラスター1：陰性症状を中心とした、精神症状が残存し、生活障害も顕著であるが、支援やサービス制度など、環境因子の問題は比較的少ないので、**精神障害や生活障害を考慮したあらたなサービスメニューや施設体系を創設することにより、新たな処遇の可能性が生じると考えられる「重度かつ慢性」のサブタイプ。**

クラスター2：精神症状や個人因子の問題は少ないが背景因子に障害があるため、療養環境の中で地域移行に向けて生活指導などに取り組む必要があるが、精神症状が安定しているため比較的軽装備（人員配置等）の施設基準でも対応できると思われる**「慢性群」**

クラスター3：生活障害精神障害ともに高度であり、**継続的に手厚い医療サービスが必要な「重度かつ慢性中核群」**

②4 クラスター

クラスター分類により、集団を4グループにグループ分けをした場合の4つのグループの特徴や傾向は以下の通りである。

クラスター1：生活機能障害は軽度 ADL に障害あり。BPRS では陰性症状に中等度の障害がある。ICF の精神機能でも障害がある。社会因子において中等度の障害があるが、環境因子の障害は軽微である。

クラスター2：生活機能障害では特に ADL の問題がある。BPRS では陰性症状の障害があるほか、陽性症状もある。ICF の心身機能では精神機能が高度の他、他の心身機能の因子にも障害がある。身体構造について運動で障害がある。活動と参加では全ての因子で高度な障害があり、環境因子にも軽度ないし中等度の障害があり、多くの項目で中等度から高度の障害がある。

クラスター3：生活機能障害は軽度である。BPRS による評価では陰性症状が中等度の障害を示すほか、陽性症状も軽度みられる。ICF の精神機能でも比較的高度の障害が認められる。

活動と参加では個人因子も社会因子も障害があり、環境因子でも障害をみとめる。

クラスター4：生活機能障害、精神症状とも軽微である。社会因子と環境因子に軽度ないし中等度の障害がある。

		クラスター1	クラスター2	クラスター3	クラスター4
	N	3	4	19	26
実態調査	ADL	+	++	+	±
	IADL	±	±	±	±
BPRS	陰性症状因子	++	+++	++	+
	陽性症状因子		+	+	+
ICF I. 心身機能	精神機能	+++	++++	+++	+
	感覚機能		±	±	±
	音声と発話		+		
	血液・免疫・呼吸器		+		
	消化器・代謝・内分泌		+	±	
	尿路・性・生殖器	+	++	±	
	神経・筋・骨格 皮膚		+++		
ICF II. 身体構造	神経				
	眼、耳				
	心血管系・免疫・呼吸器				
	消化器・代謝・内分泌				
	尿路・性器・生殖				
	運動 皮膚		+++		
ICF III. 活動と参加	学習	+	++++	++	
	一般的課題と要求	++	++++	+++	±
	コミュニケーション	++	++++	+++	±
	運動・移動	±	++++	+	+
	セルフケア	±	++++	++	+
	家庭生活	+++	++++	+++	+++
	対人関係	+++	++++	++	+++
	主要な生活領域	+++	+++	+++	++
	社会生活・市民生活	+++	+++	+++	+++
ICF	生産品と用具	+++	+	++	++

IV. 環境因子	自然環境	+	+++	++	++
	支援と関係	+	++	++	++
	態度	+	++	++	++
	サービス制度	±	++	++	++

以上よりこの4群は以下のようにグループ分けが可能と考えられる。

クラスター1：陰性症状を中心に精神症状が残存しており、個人因子に障害があるが、環境因子の障害が少ない。陰性症状があるため、従来の施設サービスでは対応に困難が予想されるが、環境因子の障害が少ないため、新たなサービスメニューや施設を創設することにより、退院促進がスムーズに行われることが期待される「慢性群」

クラスター2：生活障害もあり、多くの因子で重度な障害が認められる継続的に手厚い医療サービスが必要な「重度かつ慢性中核群」

クラスター3：中等度の陰性症状が残存し、全体的にクラスター1と2の中間のプロファイルであると思われる。個人因子、社会因子、環境因子に問題があり、医療サービスの継続的提供が必要と思われるが、クラスター2と同様の処遇が必要かあるいは医療サービスに重きをおいた他のサービスの体系を模索することが可能かもしれない「重度かつ慢性」と「慢性」の中間群。

クラスター4：全般的に障害は軽度になっており、社会因子と環境因子に軽度ないし中等度の障害をのこし、軽装備（人員配置等）の療養環境で処遇しつつ、介護保険サービスなどを利用して地域移行を模索することが可能と思われる「軽度慢性群」また、この群は本研究の一部である退院支援ガイドラインを活用して院内、院外で連携が一番効果を挙げる可能性がある群と思われる。

③. 5クラスター

クラスター分類により、集団を5グループにグループ分けをした場合の5つのグループの特徴や傾向は以下の通りである。

クラスター1：生活機能障害は軽度で、BPRSでは軽度ないし、中等度の陰性症状がある。心身機能のなかで、精神機能の障害が目立つ。尿路生殖器系にも何らかの障害がある。背景因子として活動と参加の因子は障害があり、とくに社会参加の因子で障害が強い。環境因子の障害は目立たない。

クラスター2：生活機能障害は軽度でBPRSの精神症状は陰性症状、陽性症状ともに軽く、ICFの心身機能の障害は軽微である。活動と参加では社会因子の障害が目立つ。環境因子も問題がある。

クラスター3：生活機能障害では特にADLの問題がある。BPRSでは陰性症状の障害があるほか、陽性症状もある。ICFの心身機能では精神機能が高度の他、他の心身機能の因子にも障害がある。身体構造について運動で障害がある。活動と参加では全ての因子で高度な障害があり、環境因子にも軽度ないし中等度の障害があり、多くの項目で中等度から高度の障害がある。

クラスター 4：生活障害や BPRS による精神症状は殆ど目立たない。ICF でも心身機能、身体構造にも問題は少ない。社会的因子と環境因子に問題がある。

クラスター 5：生活機能障害に若干の問題があり、BPRS による陰性症状は重篤である。ICF 精神機能も障害が高度である。活動と参加より社会因子の障害が強い。環境因子も中等度以上の障害がある。

		クラスター 1	クラスター 2	クラスター 3	クラスター 4	クラスター 5
	N	3	2 4	4	1 1	1 0
実態調査	ADL	+	±	++		+
	IADL	+	+	+	±	+
BPRS	陰性症状因子	++	+	++	±	+++
	陽性症状因子		+	+	±	+
ICF I. 心身機能	精神機能	+++	+	++++	±	+++
	感覚機能		±	+		±
	音声と発話			+		
	血液・免疫・呼吸器					
	消化器・代謝・内分泌			+		
	尿路・性・生殖器	++		+		
	神経・筋・骨格	±		++	±	±
皮膚						
ICF II. 身体構造	神経					
	眼、耳					
	心血管系・免疫・呼吸器					
	消化器・代謝・内分泌			±		
	尿路・性器・生殖			±		
	運動			+++		
	皮膚					
ICF III. 活動と参加	学習	++		++++		++
	一般的課題と要求	++	+	++++		++
	コミュニケーション	++	+	++++	±	+
	運動・移動		++	++++	+	±
	セルフケア			++++		++
	家庭生活	+++	+++	++++	+	+++
	対人関係	+++	++	++++	+	+++
	主要な生活領域	+++	+++	+++	++	++
	社会生活・市民生活	+++	+++	++++	+	+++

ICF IV. 環境因子	生産品と用具	+++	+	+	++	++
	自然環境	++	++	++	++	++
	支援と関係	+	++	++	++	+++
	態度	±	++	++	++	++
	サービス制度	±	++	++	++	++

以上よりこの5群は以下のようにグループ分けが可能と考えられる。

クラスター1：陰性症状を中心に精神症状が残存しており、個人因子に障害があるが、環境因子の障害が少ない。陰性症状があるため、従来の施設サービスでは対応に困難が予想され、環境因子の障害が少ないため、新たなサービスメニューや施設を創設することにより、退院支援がスムーズに行われることが期待される「慢性群」

クラスター2：若干の精神症状があり、社会的因子と環境因子に問題が多く、生活訓練などを取り組む必要があるが、精神症状が安定しているため比較的軽装備（人員配置等）の施設基準でも対応できると思われる「慢性群」

クラスター3：生活障害もあり、多くの因子で重度な障害が認められる継続的に手厚い医療サービスが必要な「重度かつ慢性中核群」

クラスター4：全般的に障害は軽度になっており、社会因子と環境因子に軽度ないし中等度の障害をのこし、軽装備（人員配置等）の療養環境で処遇しつつ、介護保険サービスなどを利用して地域移行を模索することが可能と思われる「軽度慢性群」また、この群は本研究の一部である退院支援ガイドラインを活用して院内、院外での連携が一番効果を上げる可能性がある群と思われる。

クラスター5：高度な陰性症状が残存し、全体的にクラスター1のプロフィールと似るが、環境因子に問題があり、クラスター1で想定されるサービスよりは医療サービスの要素が必要と思われる、「重度かつ慢性」と「慢性」の中間群。

6. 「ICF 長期在院精神障害者用簡易版」の提言

ICFは第二項目までの評価で全項目を評価すると1例につき約1時間ほどの時間を要する。このため、現在我が国において利用される場合、各々の分野で項目を絞って行われているようである。本研究ではより使いやすくするため、項目を絞ることを検討したが、恣意的になることを避けるため、まず、全ての項目を調査して、長期在院精神障害者の場合に不要と思われる項目を検討することにした。クラスター分析の結果、所見がみられなかったりあまりグループ分けに貢献していないと思われる項目はⅠ. 心身機能（感覚機能、音声と発話、血液・免疫・呼吸器、消化器・代謝・内分泌、皮膚）Ⅱ. 身体構造（運動を除いた全項目）であり、Ⅲ. 活動と参加、Ⅳ. 環境因子は全項目必要であると考えられる。これらの項目を除いた項目を「ICF および BPRS 長期在院精神障害者用簡易版」と提案したい。

ICF および BPRS 長期在院精神障害者用簡易版

BPRS	陰性症状因子 陽性症状因子
ICF I. 心身機能	精神機能 尿路・性・生殖器 神経・筋・骨格
ICF II. 身体構造	運動
ICF III. 活動と参加	学習 一般的課題と要求 コミュニケーション 運動・移動 セルフケア 家庭生活 対人関係 主要な生活領域 社会生活・市民生活
ICF IV. 環境因子	生産品と用具 自然環境 支援と関係 態度 サービス制度

7. ICF と BPRS の今後の応用について

「精神医療の機能分化の向上等に関する検討会」でも「重度かつ慢性」や「長期在院の慢性患者」の処遇は議論されているが、その状態像は明らかにされてこなかった。今回は ICF と BPRS という標準化された評価尺度を用いることにより、これらの患者の状態像を検証することができた。それをデータベース化したことはこれらの尺度を応用するときに極めて有用である。また、本研究のような対象者ではなく、認知症患者や知的障害患者にも応用することができる。また、統計的解析をもちいたグルーピングはその患者の処遇について非常に参考になる資料となると考えている。また、両者とも英語に翻訳をするのは技術的に容易であるため、国際的にスタンダードな症状評価ツールにできる可能性もあると考えている。

高齢精神障害者の退院支援の推進に関する調査

＜非階層的クラスター分析を用いた患者のグループ化＞

1. 目的

52名の患者集団について、実態調査とICF、BPRSの調査結果をもとにグループ化を試みる。

2. 方法

調査項目に基づいた探索的なグループ化のため、特定の構造を仮定しない非階層的クラスター分析法を用いた。

2.1. データ取扱い

擬似的に定量値として取扱い可能な以下の項目を解析に用いた。

【実態調査】

調査	項目
実態調査	ADL8項目、IADL7項目+IADL合計
ICF：Ⅰ心身機能	全項目 ただしコード8、9は問題の程度ではないため、平均値で代替した。
ICF：Ⅱ身体構造-1	下記の除外項目以外の全項目 ただしコード8、9は問題の程度ではないため、平均値で代替した。 除外項目) コード8、9を除いて値0のみの項目。 s130-1、s210-1、s230-1、s240-1、s250-1、s260-1、s298-1、s299-1、s310-1、 s320-1、s330-1、s340-1、s398-1、s399-1、s420-1、s510-1、s520-1、s550-1、 s570-1、s598-1、s599-1、s698-1、s699-1、s898-1、s899-1
ICF：Ⅲ活動と参加-1	全項目 ただしコード8、9は問題の程度ではないため、平均値で代替した。
ICF：Ⅳ環境因子	全項目 促進因子は正、除外因子は負の値とした ただしコード8、9は問題の程度ではないため、平均値で代替した。
BPRS	全項目

注1) ICF：身体構造-2は、性状をコード化した項目のため除外した。

注2) ICF：活動と参加-1と活動参加-2は、類似するため活動参加-2を除外した。

高齢精神障害者の退院支援の推進に関する調査 ＜非階層的クラスター分析を用いた患者のグループ化＞

3. 解析結果

付録1にクラスター数3から12までとした場合のクラスター分析の要約（統計解析ソフトの出力結果）を示した。各種の診断統計量より、4または5つのクラスターに分けることが適当と判断した。

上記の結果をもとにクラスター数3、4、5とした場合の各患者の分類と各クラスターの特性を別添 EXCEL ファイル「クラスター分析まとめ.xls」にまとめた。

シート：表1. 分類の状況

- ・各患者の分類状況を一覧表にまとめた。

例) 医療機関 0139 患者 ID 1975027 の患者は、3クラスターに分類した場合、第2クラスターに分類され、4クラスターに分類した場合、第4クラスター、5クラスターに分類した場合、第2クラスターに所属する。

シート：図1. 3クラスター分類～図3. 5クラスター分類

- ・各クラスターの特性を示すため、クラスター毎に項目平均値(分布中心)をレーダーチャートにまとめた。

例) 図3. 5クラスター分類 について

第1クラスター(n=3)については、環境因子で特徴を示している。第3クラスター (n=4) については、実態調査 ADL 点数が高く、また ICF I 心身機能～Ⅲ活動と参加 の各項目とも点数が高く比較的に状態が悪い患者が抽出されている。第4クラスター(n=11)については、いずれの項目でも点数が低めで比較的に状態がよい患者が抽出されている。第5クラスター(n=10)については、状態が悪い患者だが第3クラスターと異なり ADL の点数は高くない。

注) クラスター分析では、基準決めをランダムに開始するため、クラスター番号に意味や点数との対応関係はない。初期乱数値により構成されるクラスターは同一でも、クラスター番号は同一とはならない。

シート：背景～BPRS

- ・グラフ用データ

図1. 3クラスター分類

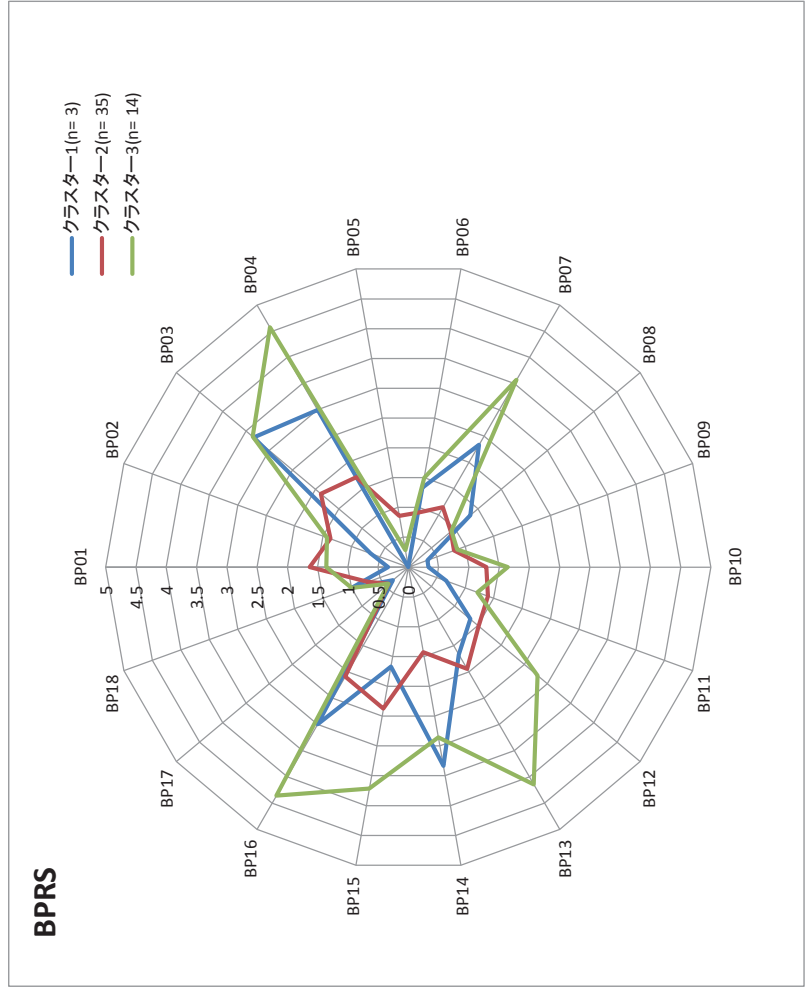
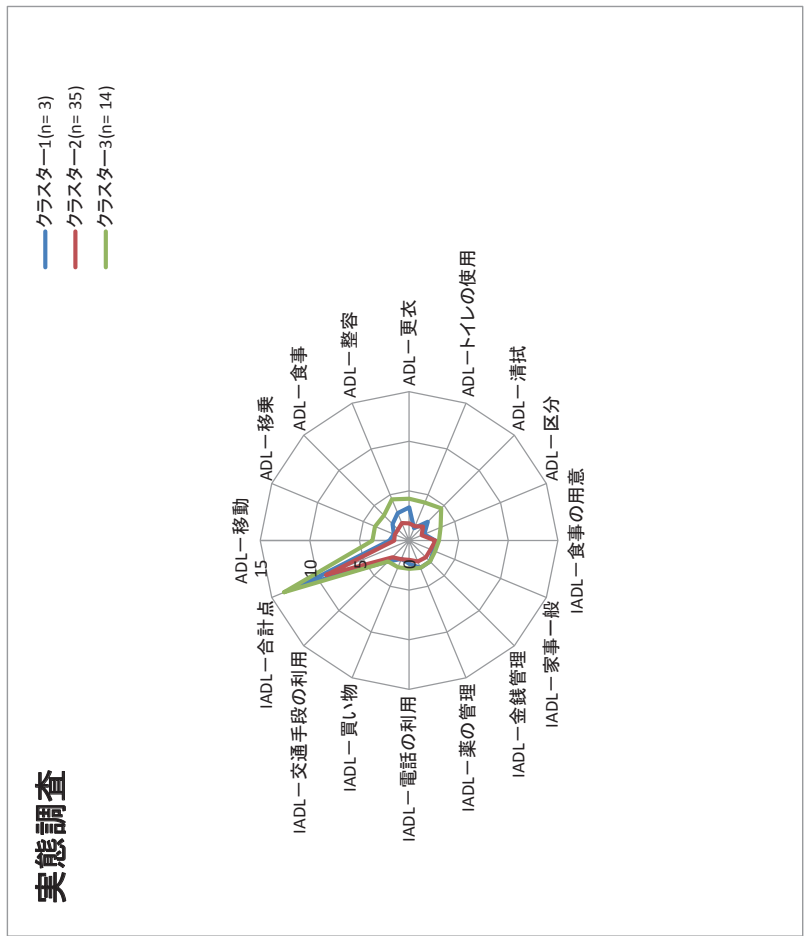


図1. 3クラスター分類

I. 心身機能

- クラスター1 (n=3)
- クラスター2 (n=35)
- クラスター3 (n=14)

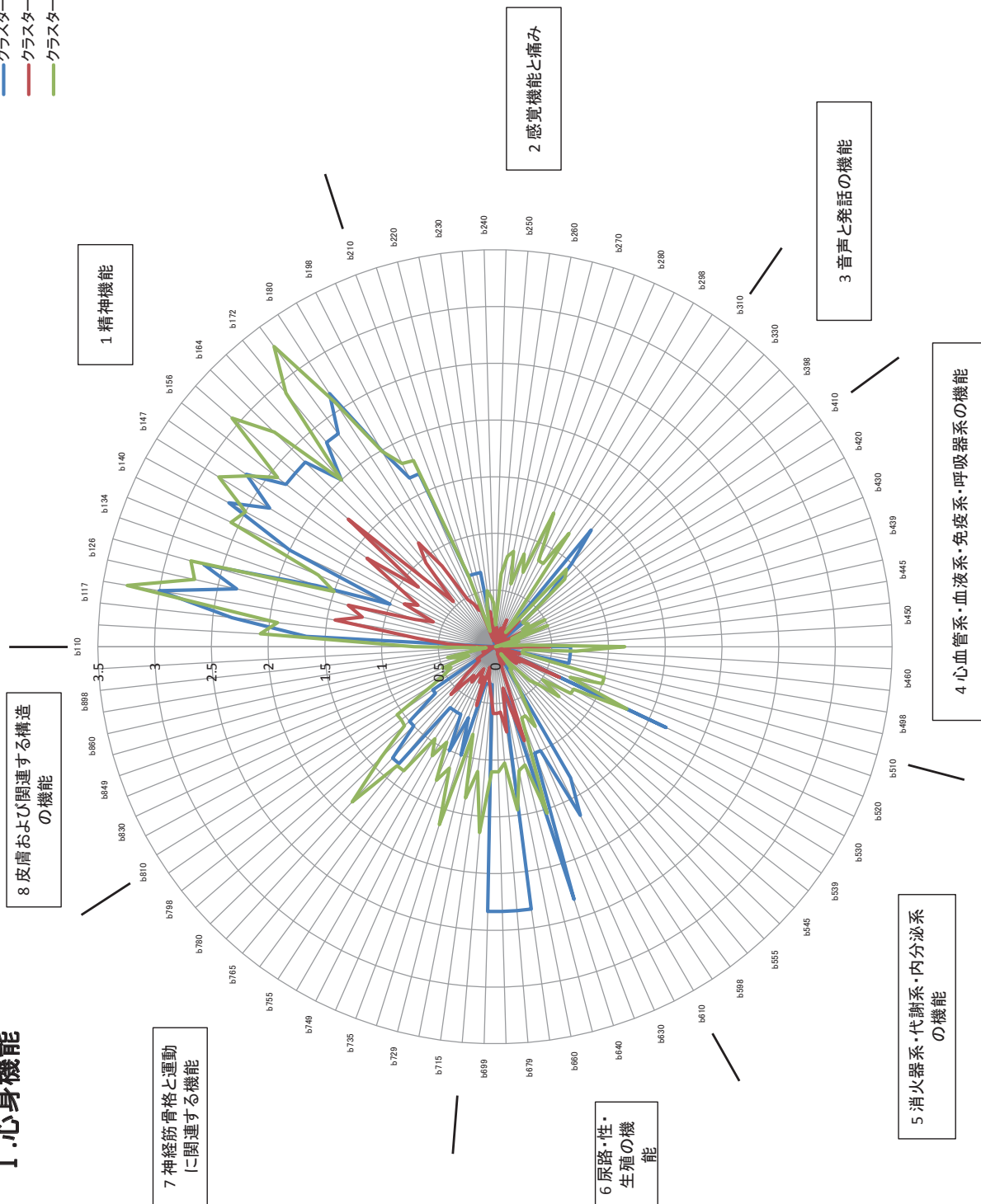


図1. 3クラスター分類

II. 身体構造

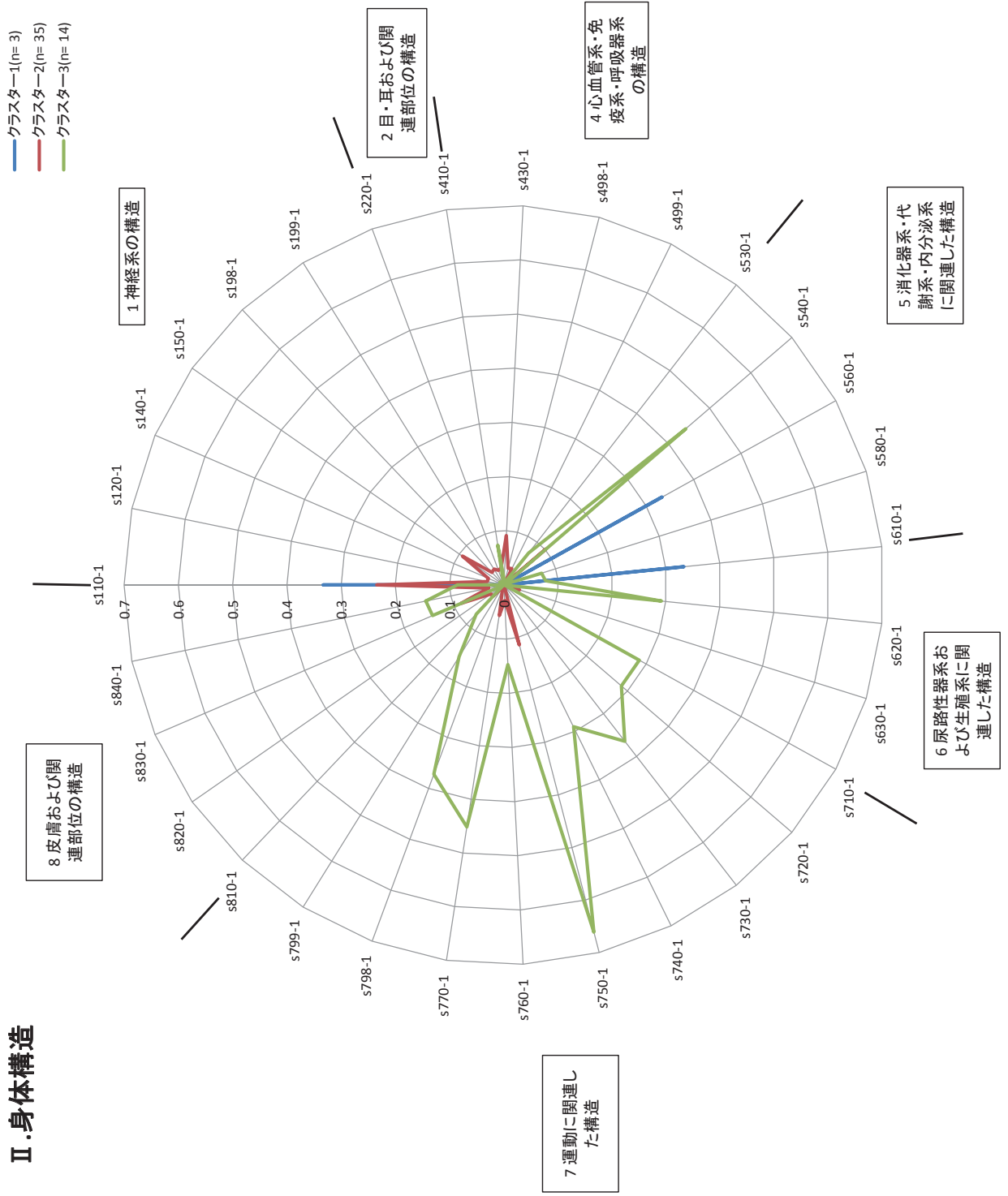


図1. 3クラスター分類

Ⅲ.活動と参加

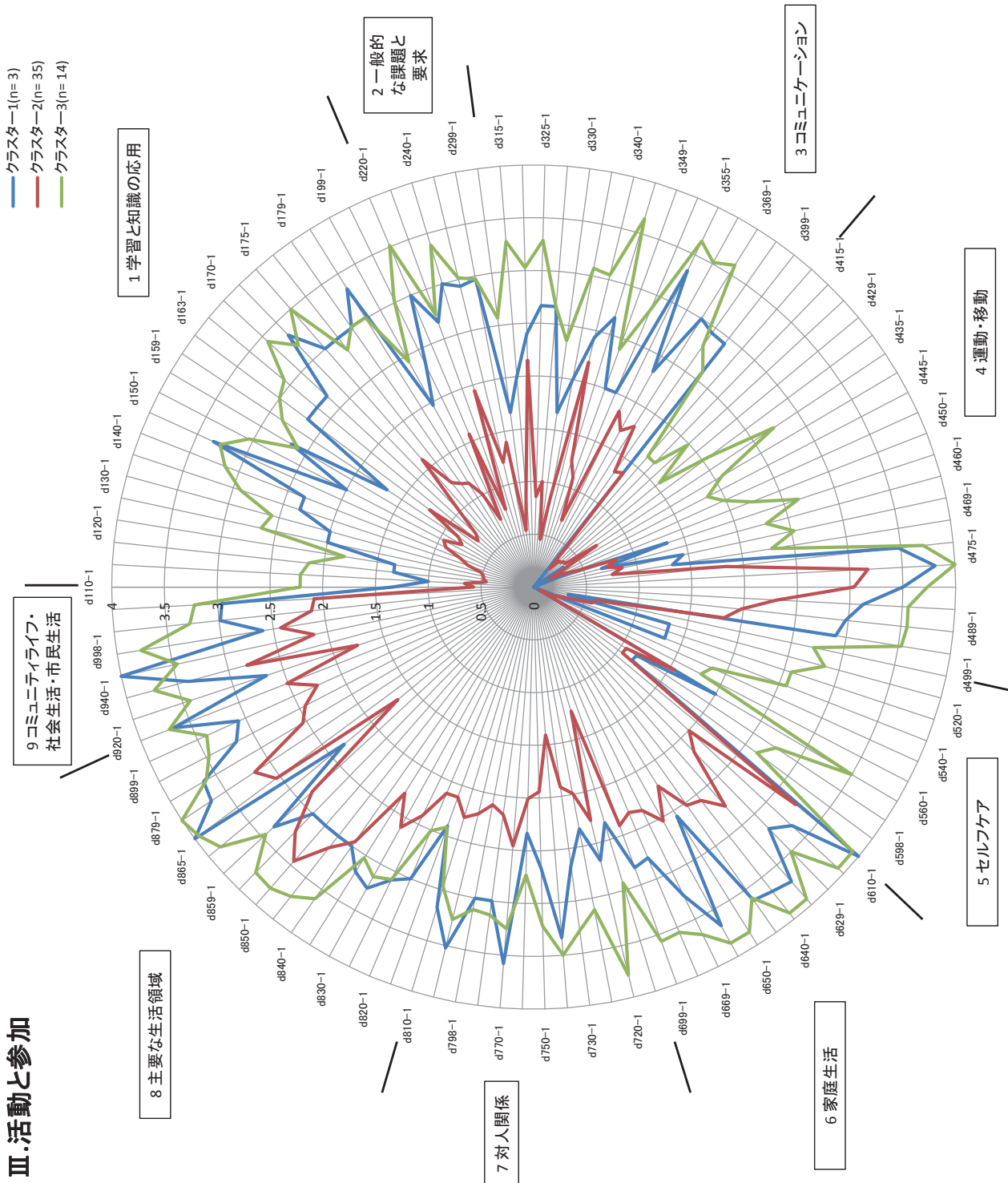


図1. 3クラスター分類

IV. 環境因子

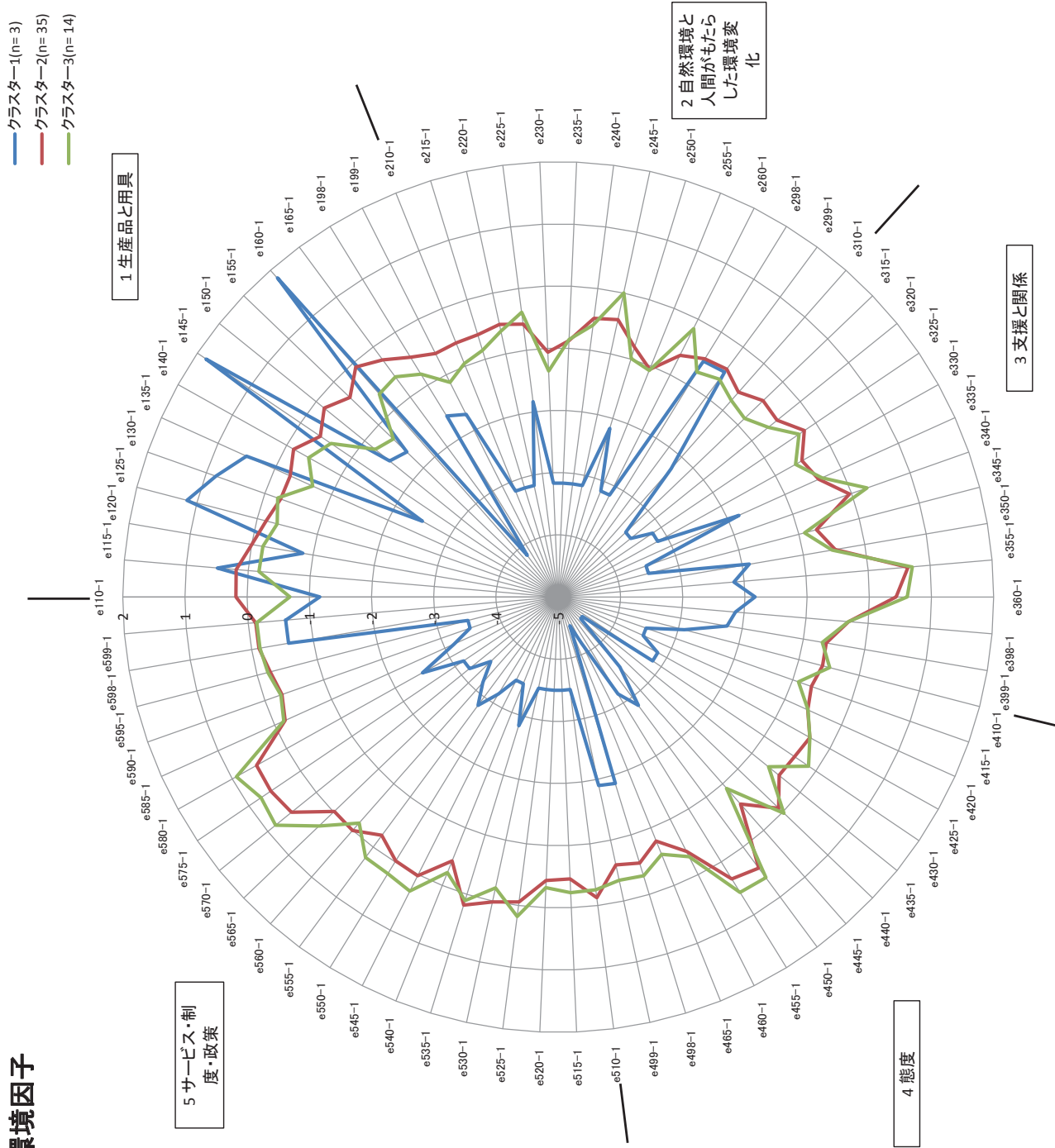


図2. 4クラスター分類

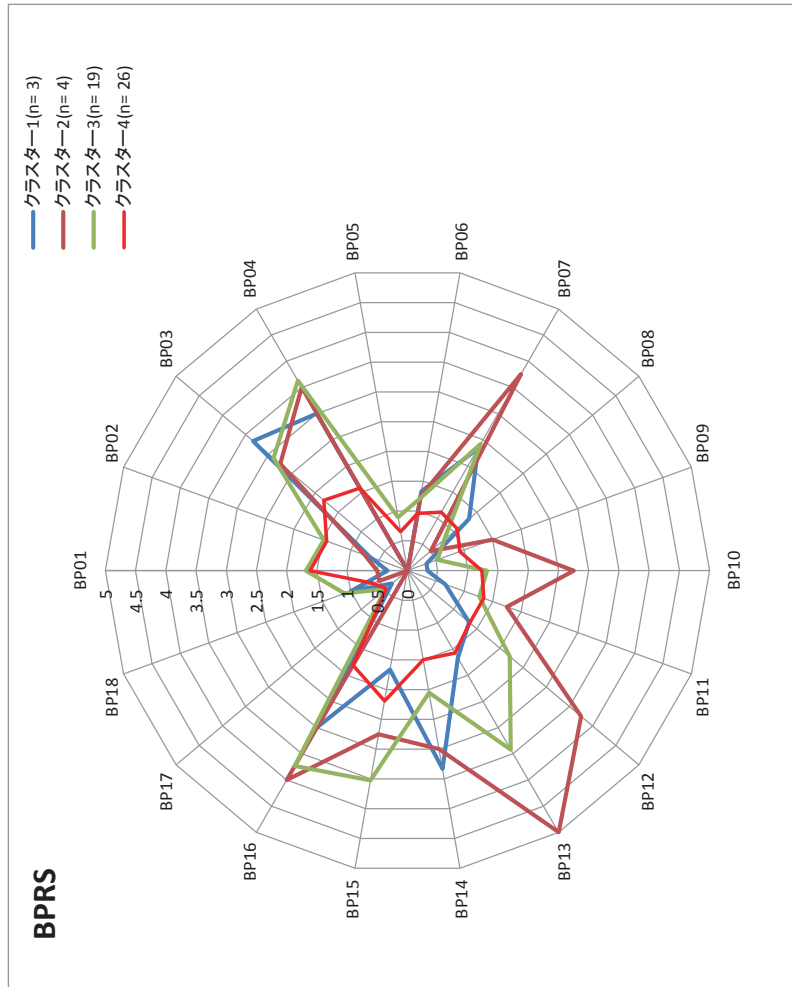
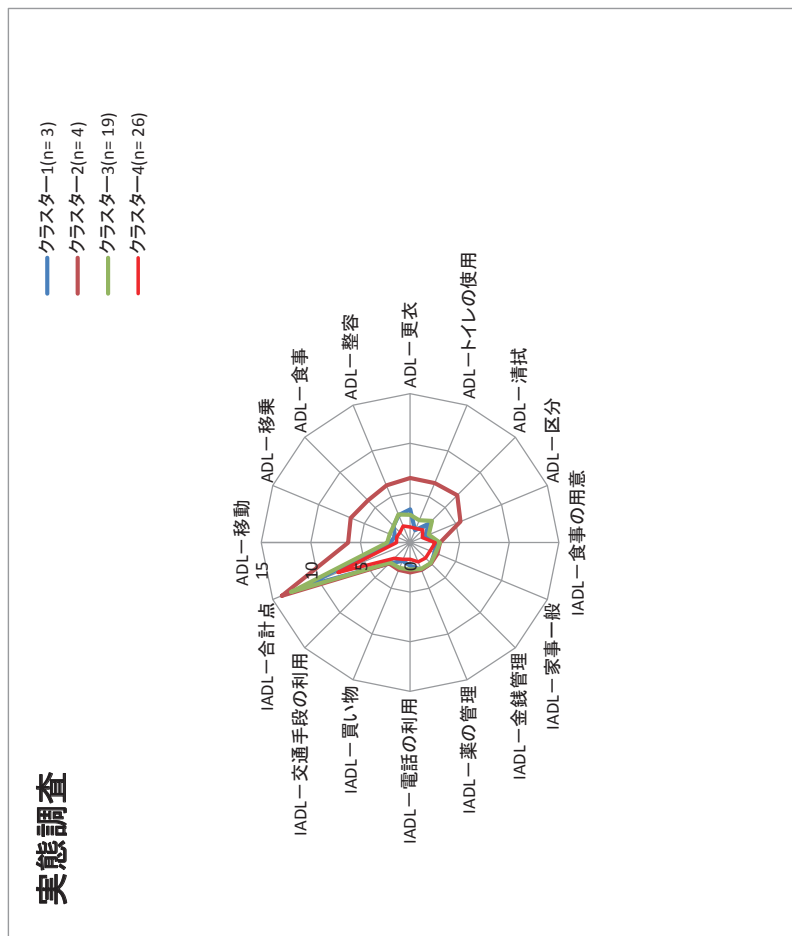


図2. 4クラスター分類

I. 心身機能

- クラスター1(n=3)
- クラスター2(n=4)
- クラスター3(n=19)
- クラスター4(n=26)

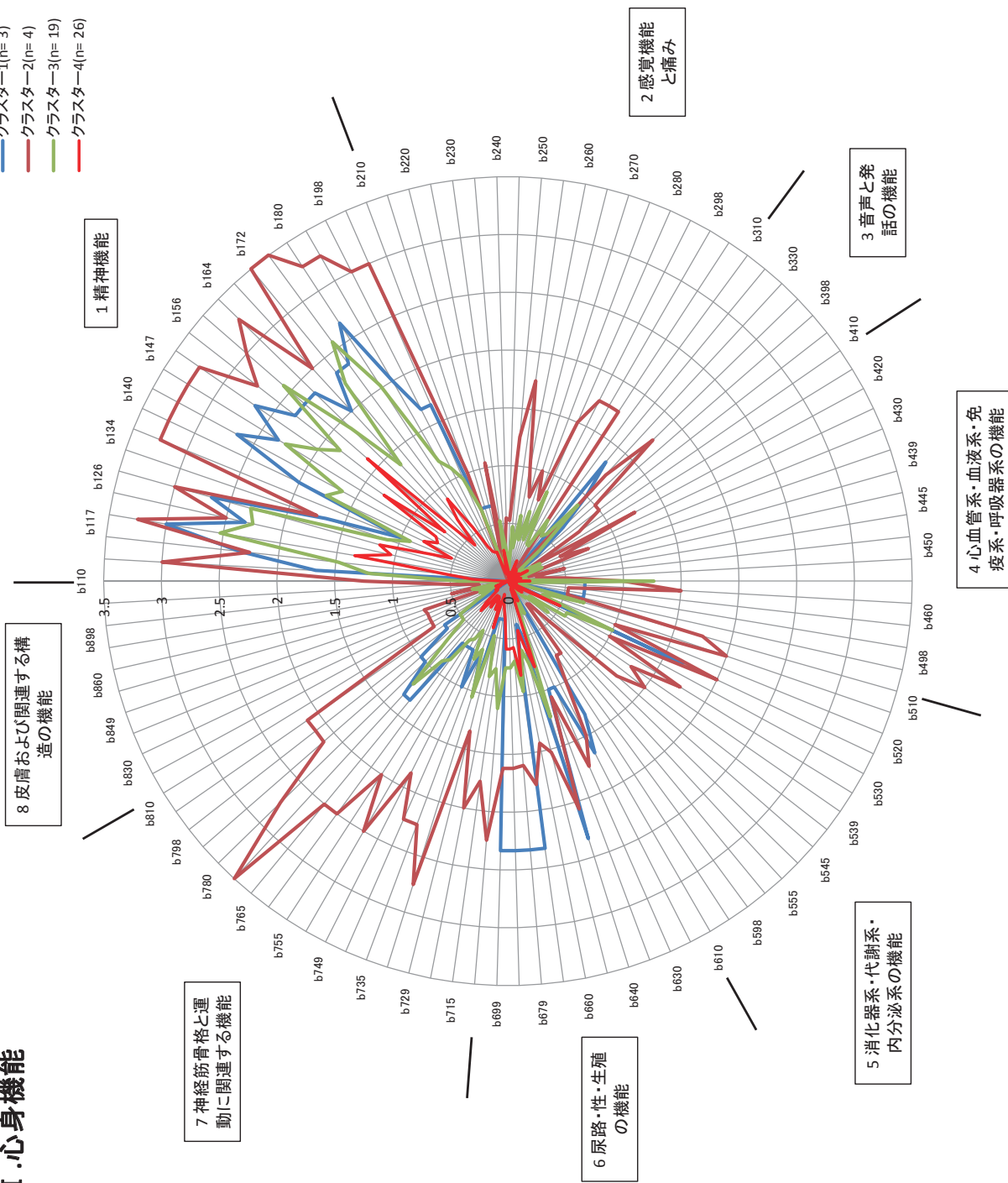


図2. 4クラスター分類

II. 身体構造

- クラスター1(n= 3)
- クラスター2(n= 4)
- クラスター3(n= 19)
- クラスター4(n= 26)

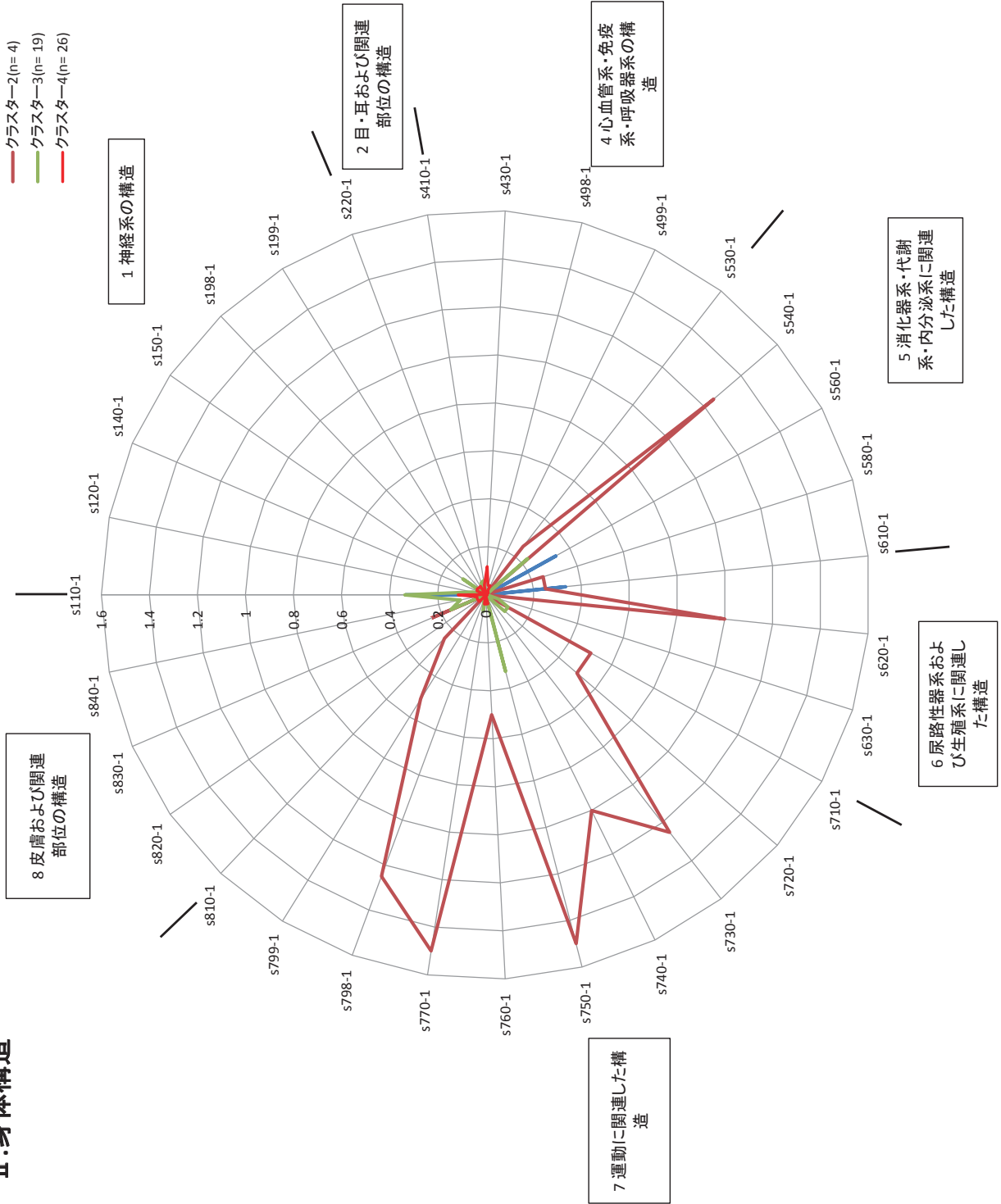


図2. 4クラスター分類

Ⅲ. 活動と参加

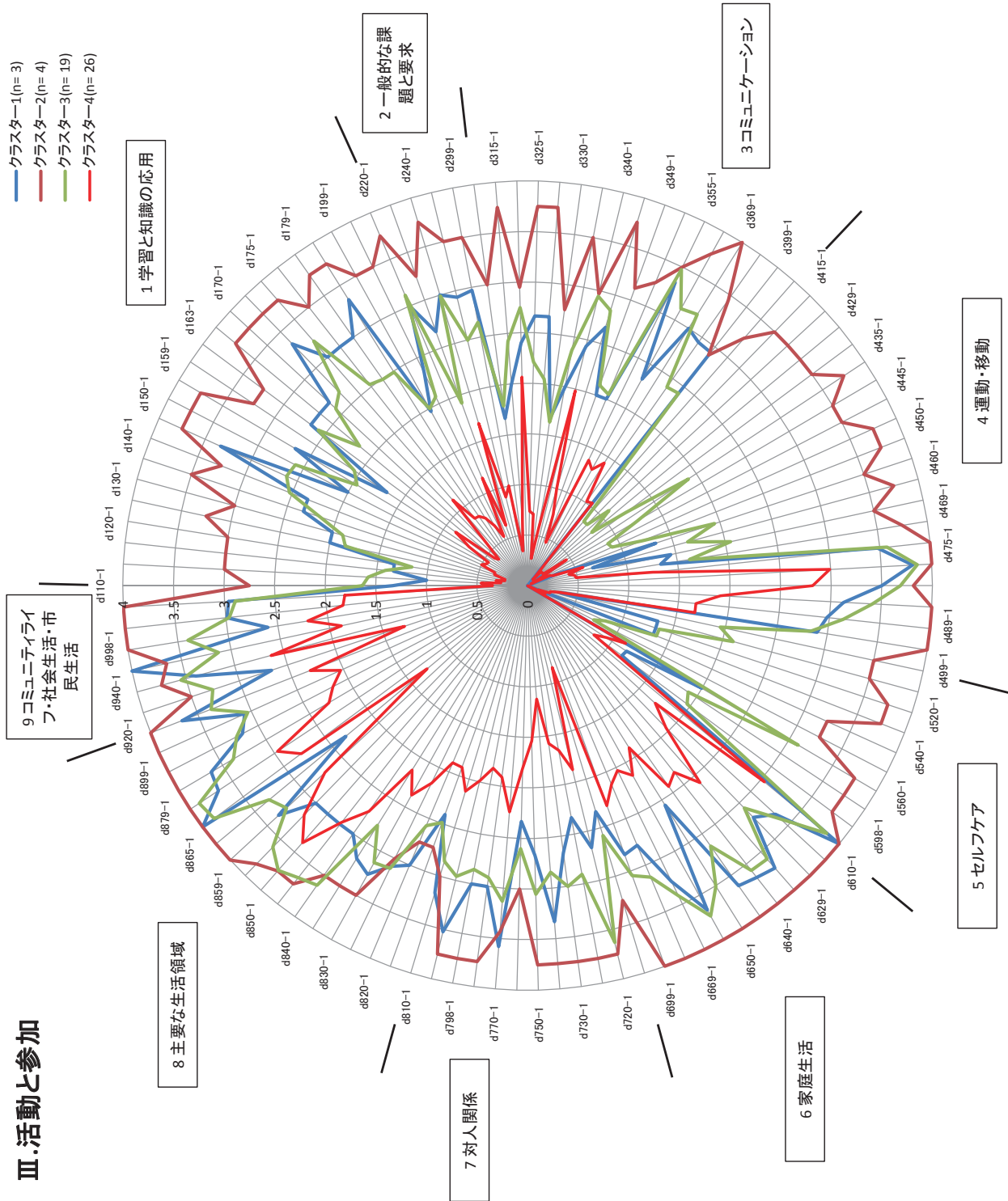


図2. 4クラスター分類

IV.環境因子

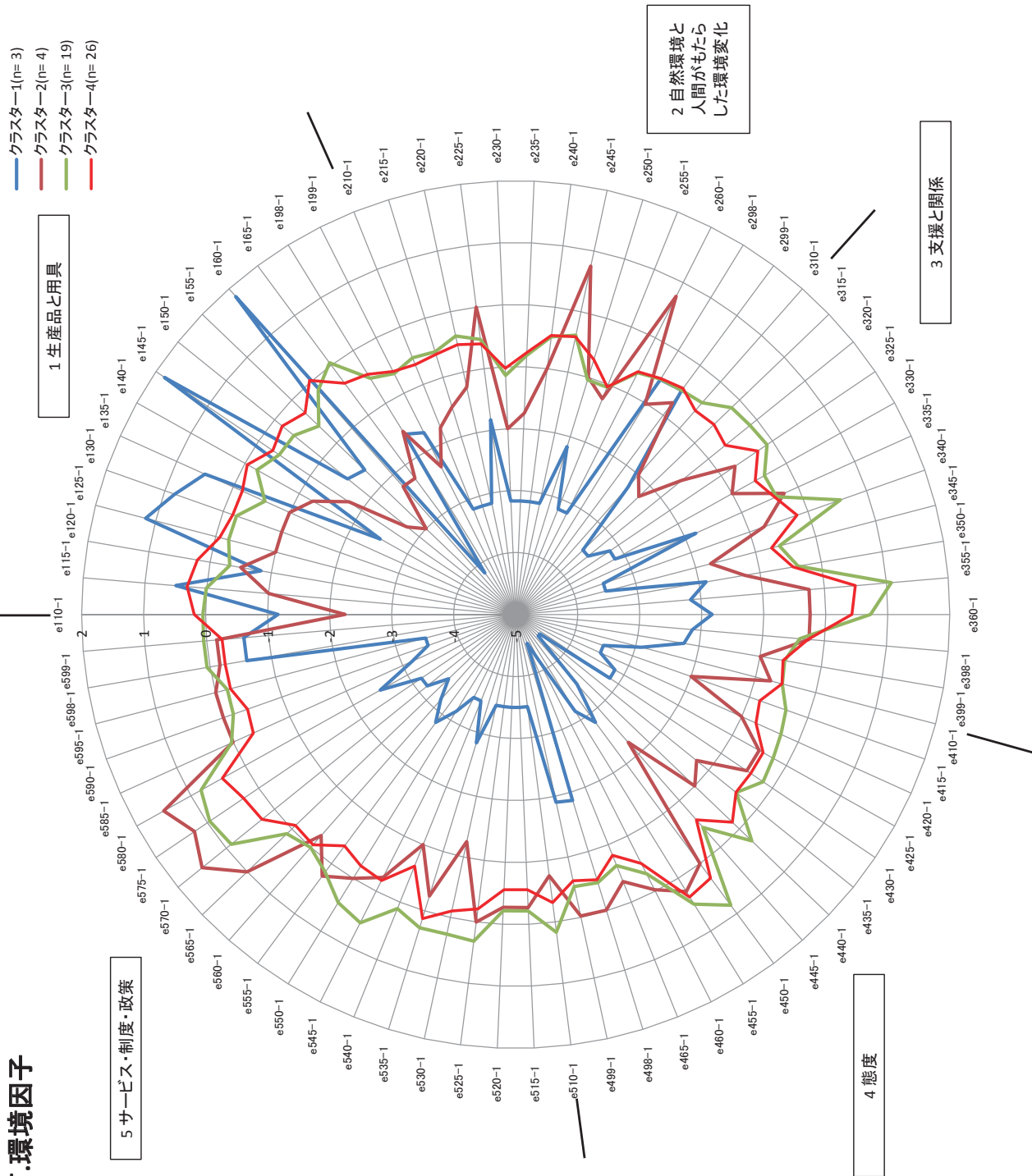


図3. 5クラスター分類

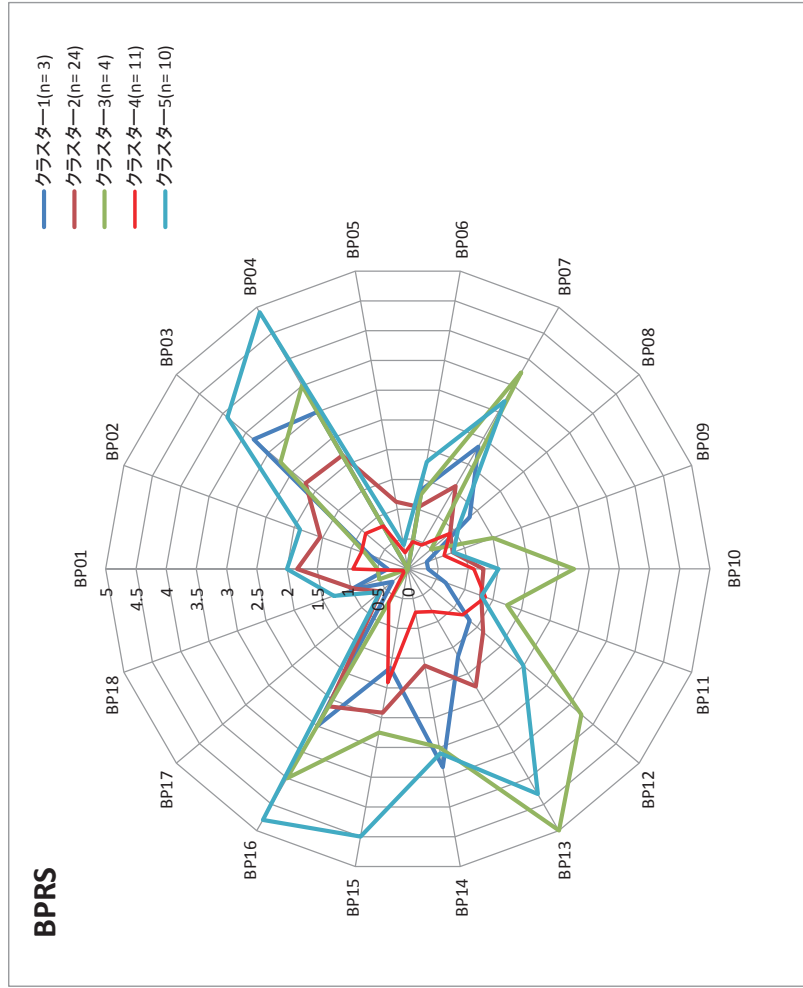
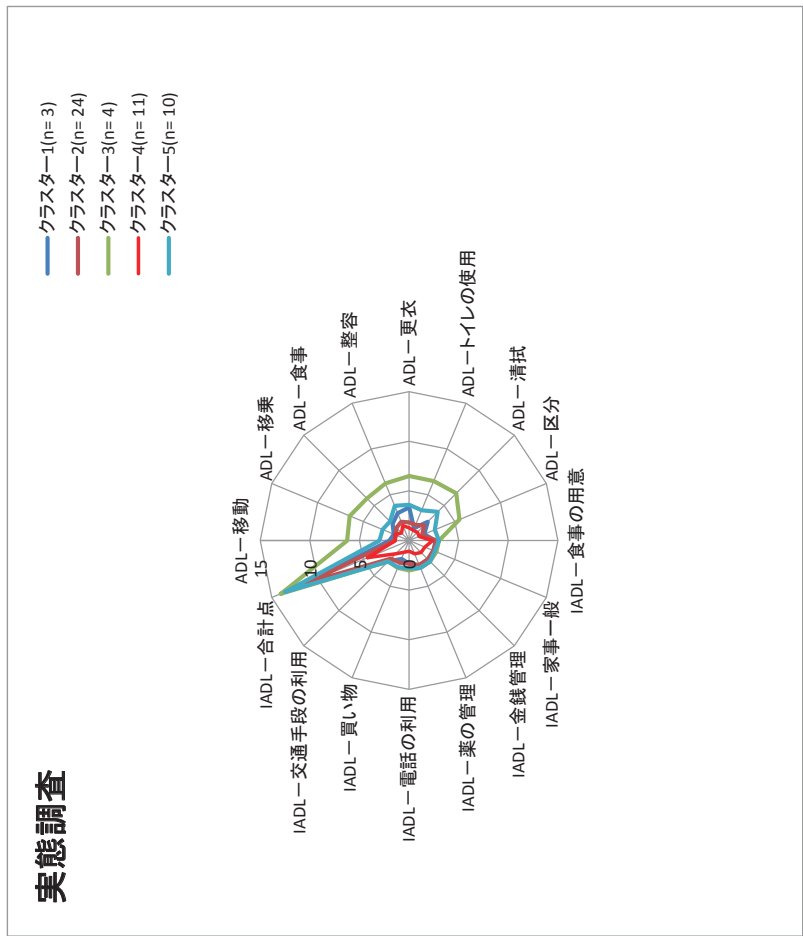


図3. 5クラスター分類

I. 心身機能

- クラスター1(n=3)
- クラスター2(n=24)
- クラスター3(n=4)
- クラスター4(n=11)
- クラスター5(n=10)

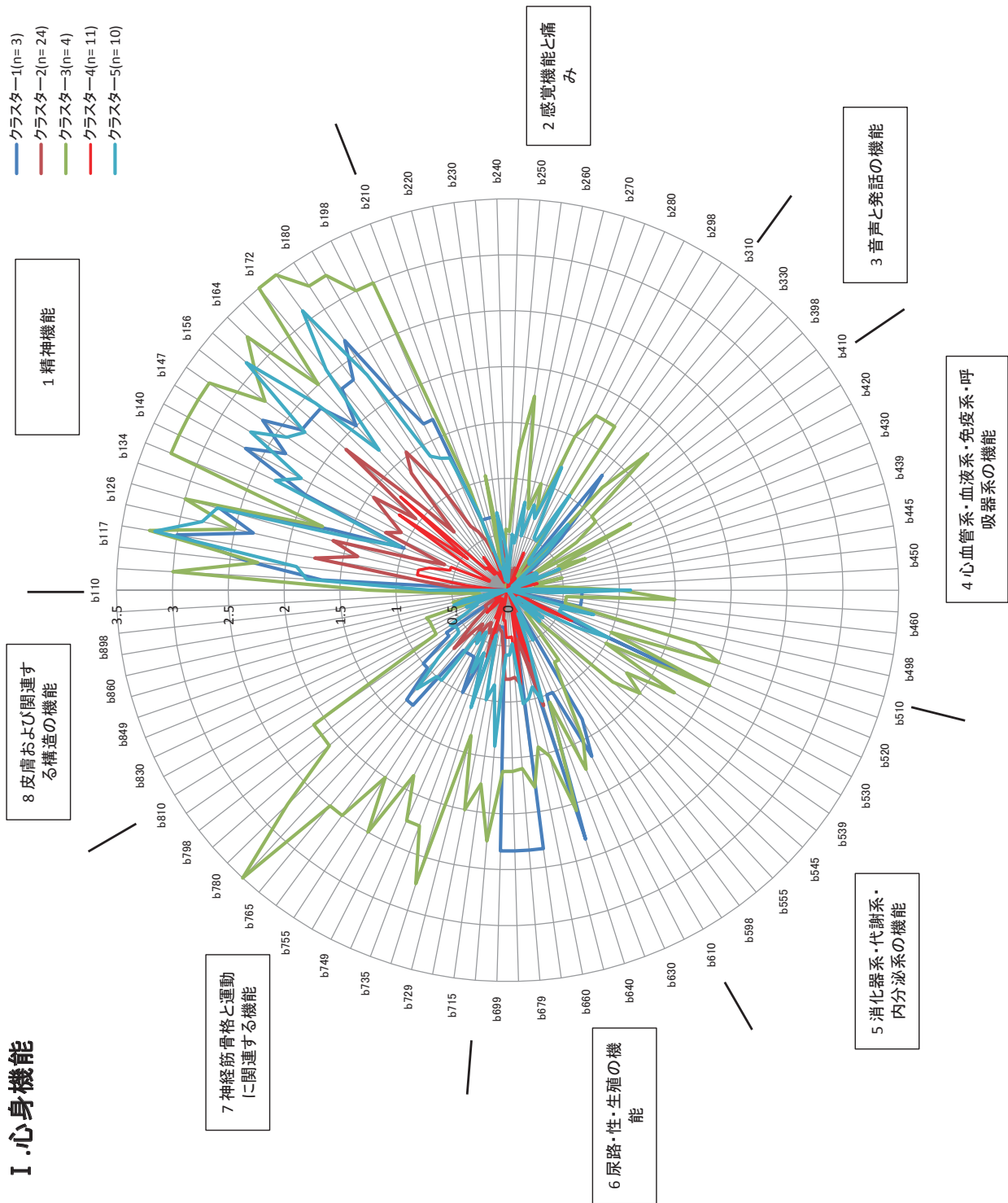


図3. 5クラスター分類

II. 身体構造

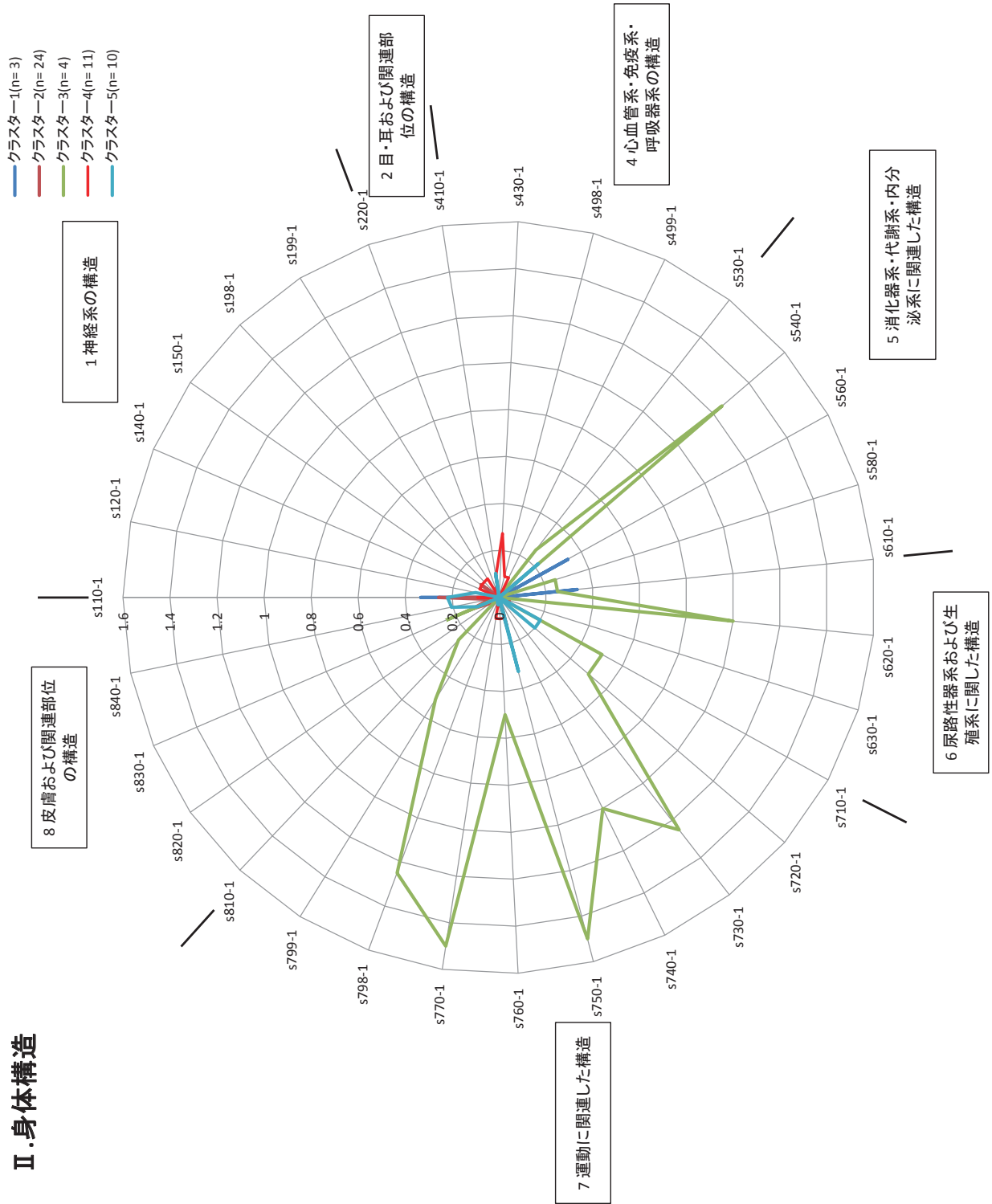


図3. 5クラスター分類

Ⅲ. 活動と参加

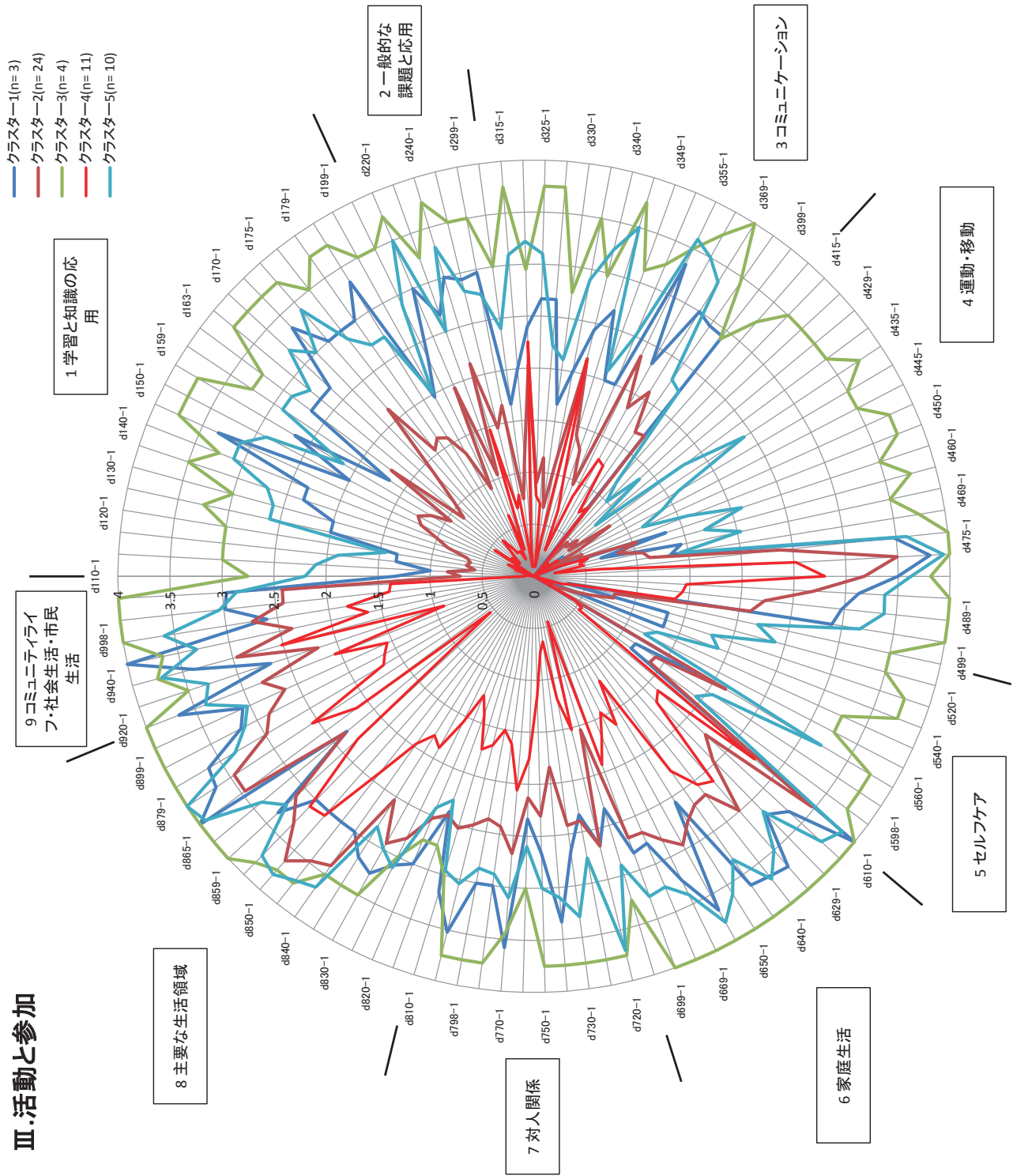
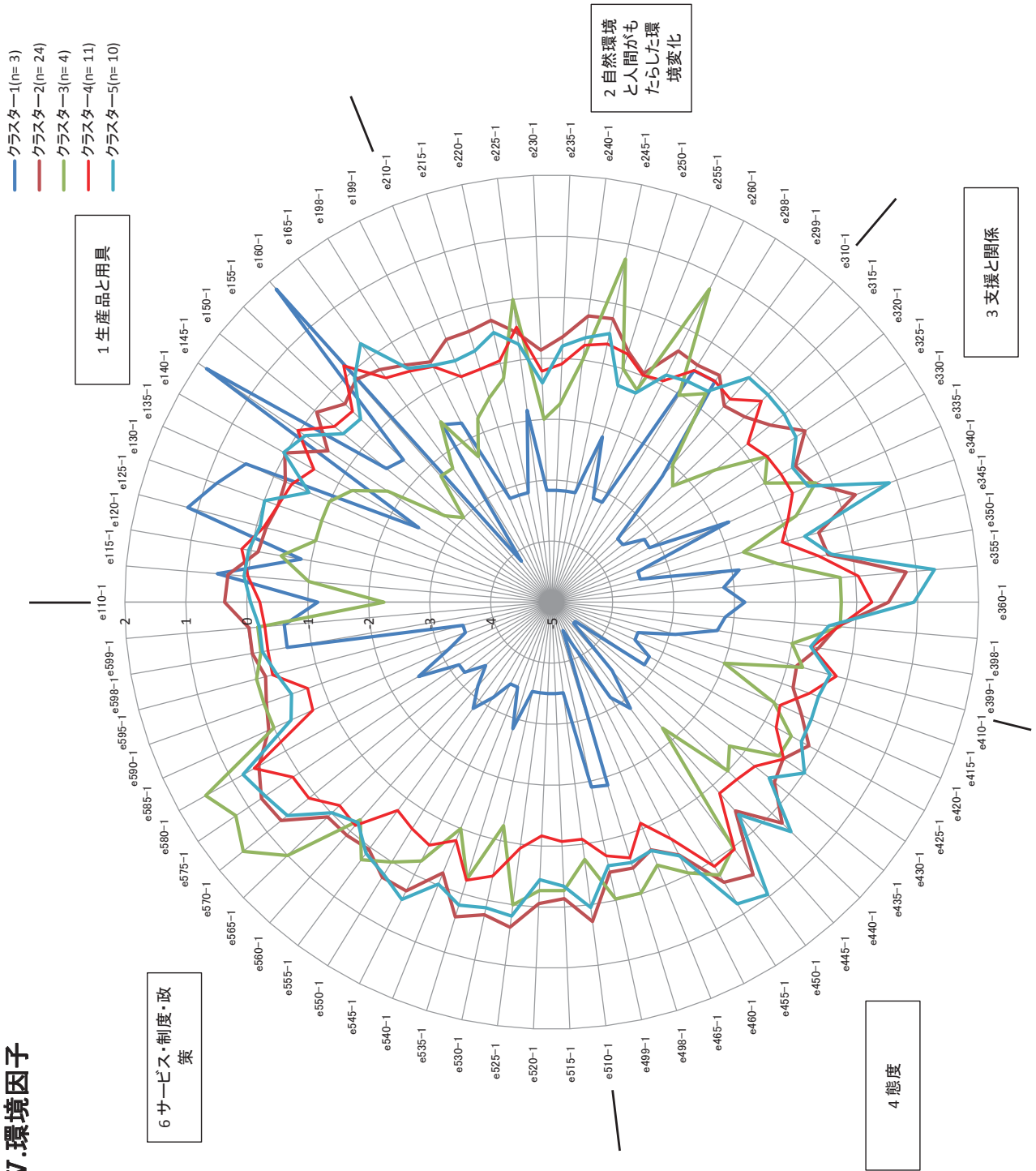
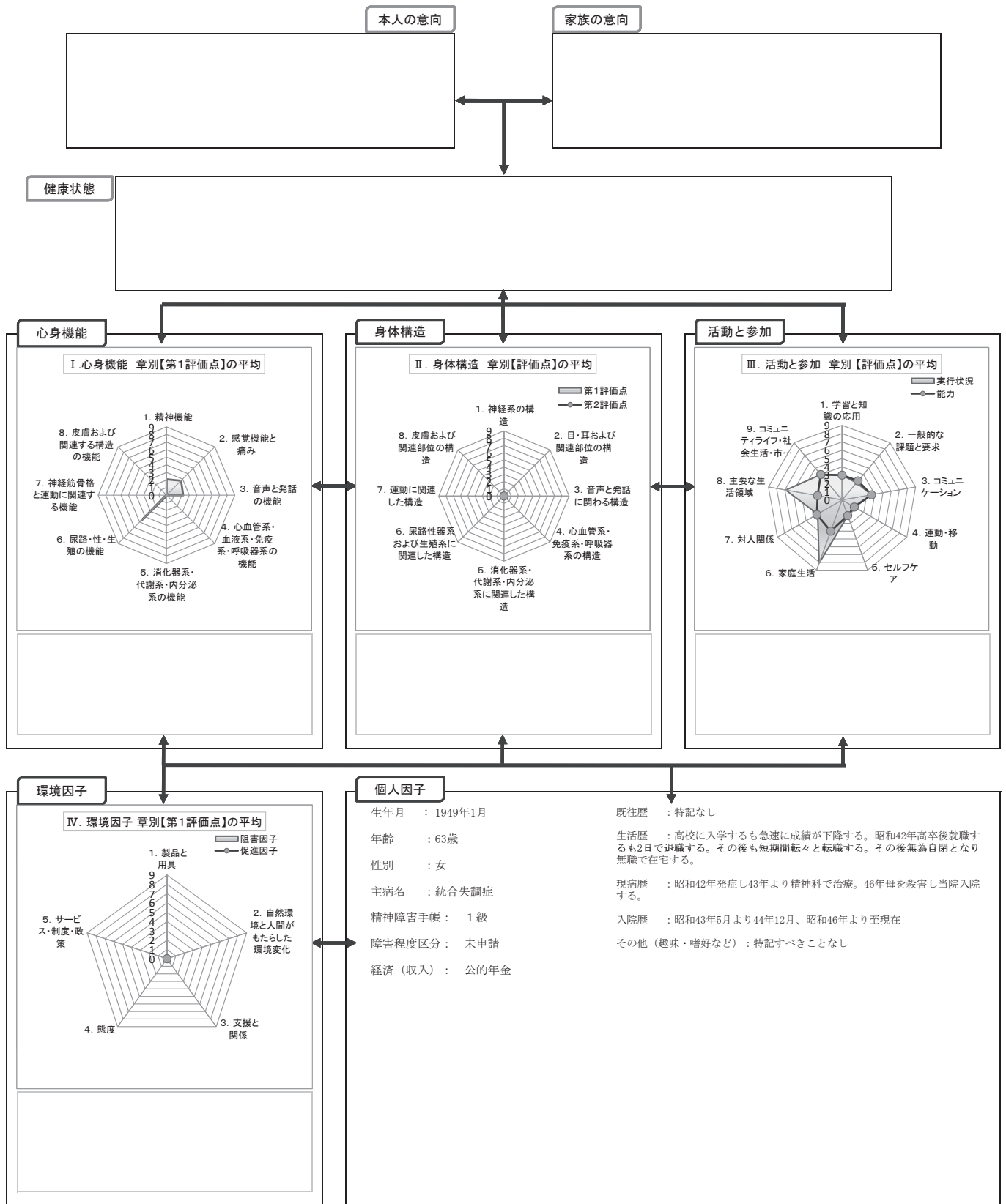


図3. 5クラスター分類

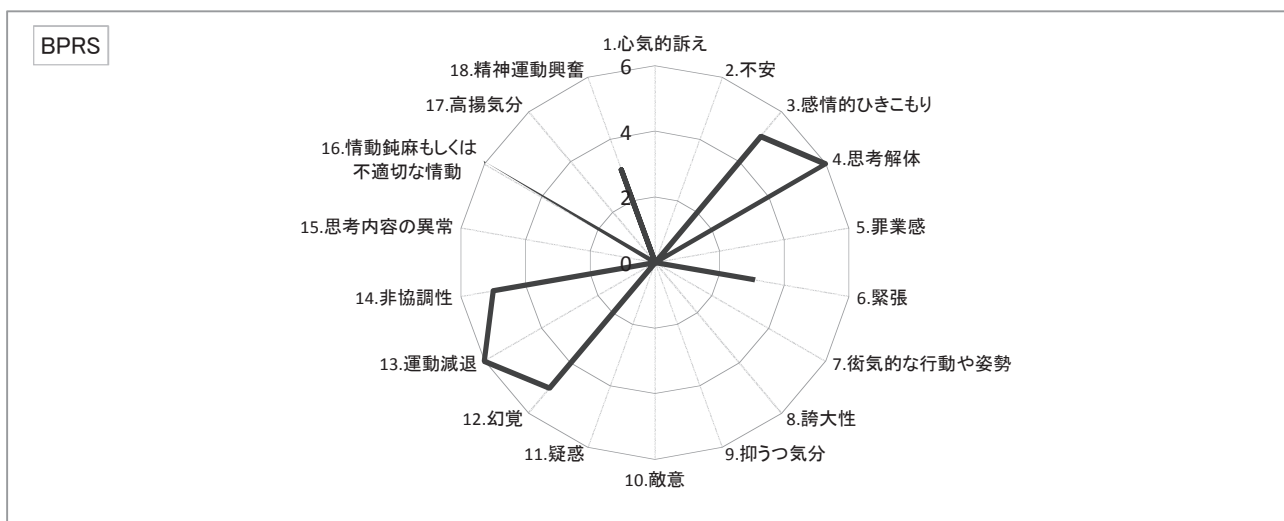
IV.環境因子

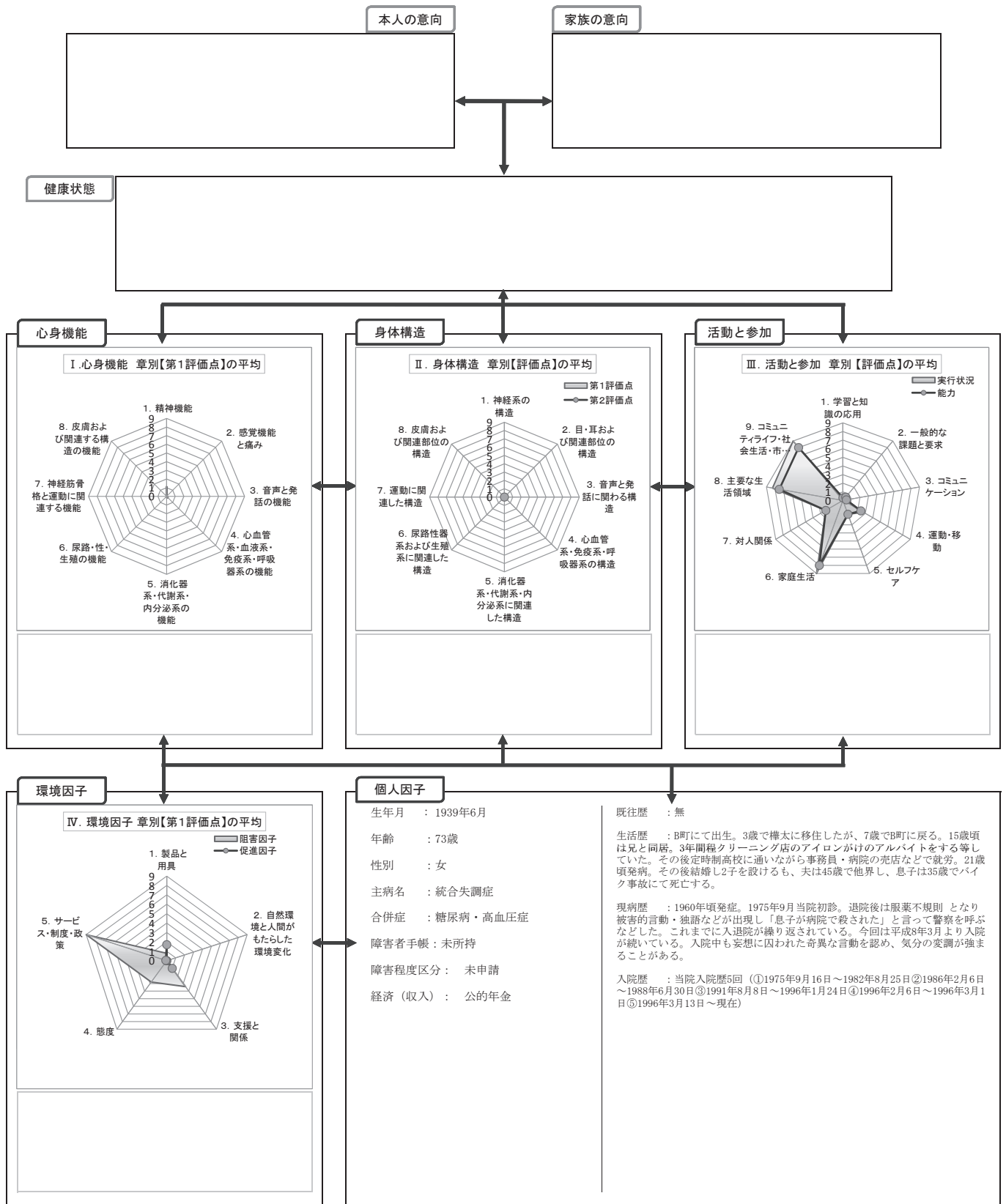




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

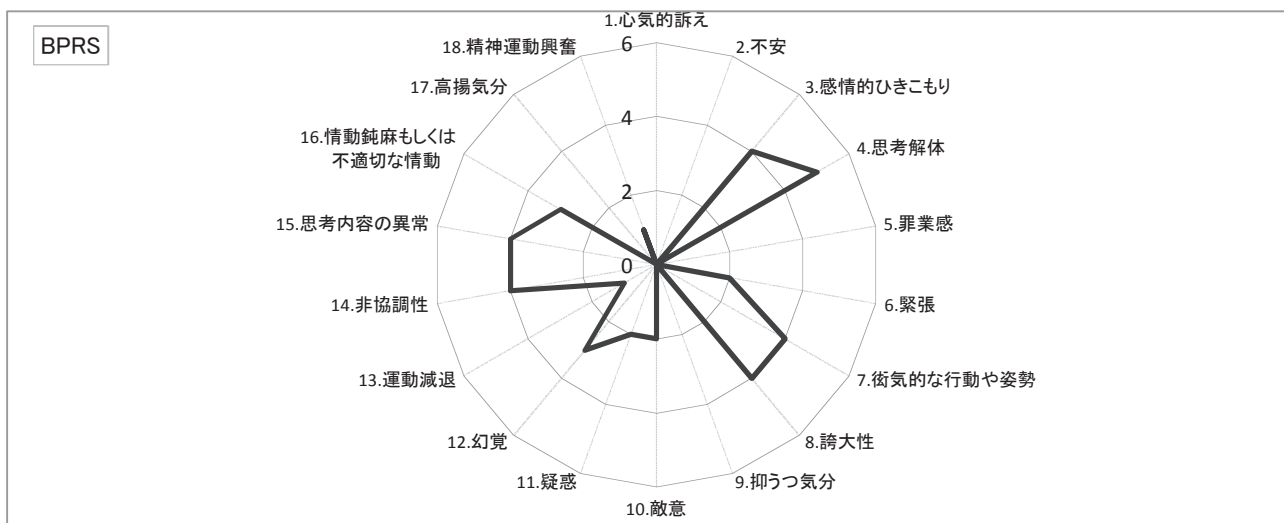
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体の健康状態についての関心の程度。身体の状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	0: 症状なし
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	0: 症状なし
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	5: 高度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	6: 非常に高度
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	0: 症状なし
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	3: 中等度
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0: 症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	0: 症状なし
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	0: 症状なし
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	0: 症状なし
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	5: 高度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	6: 非常に高度
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	5: 高度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	0: 症状なし
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	6: 非常に高度
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	3: 中等度

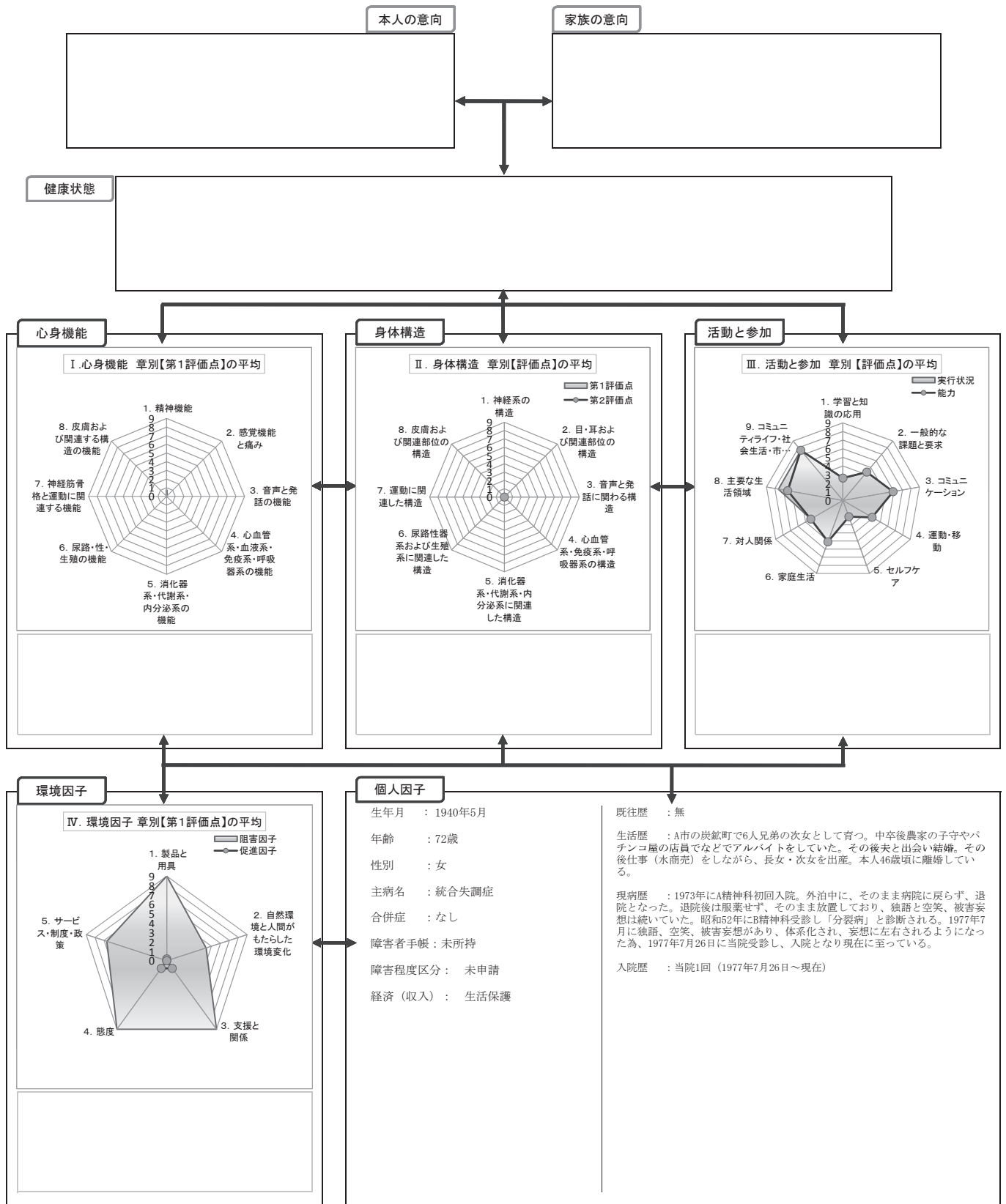




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

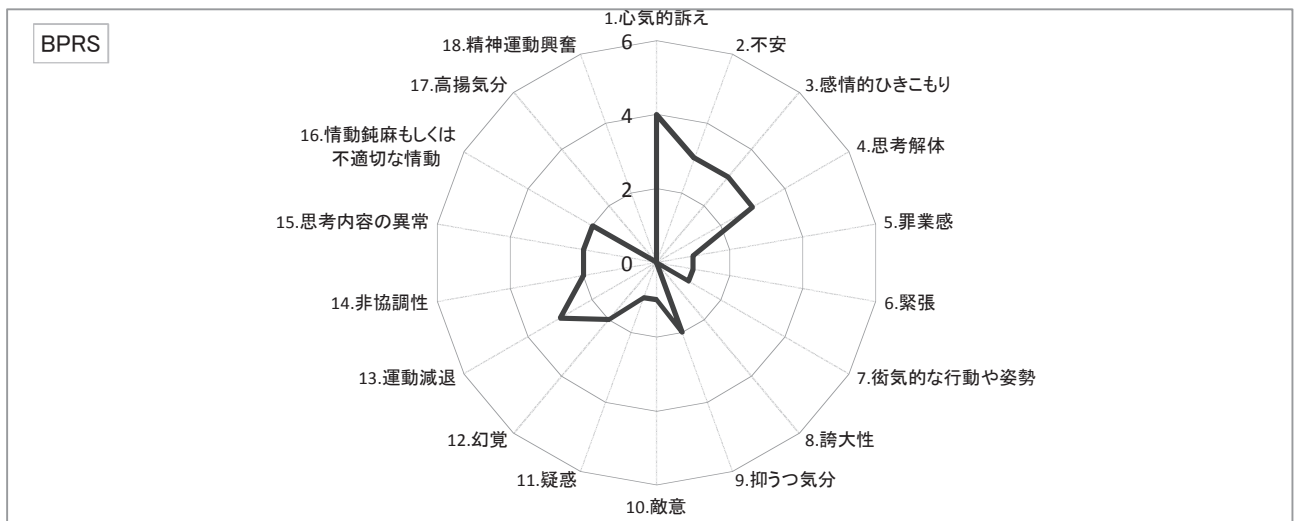
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体の健康状態についての関心の程度。身体の状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	0: 症状なし
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	0: 症状なし
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	4: やや高度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	5: 高度
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	0: 症状なし
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	2: 軽度
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	4: やや高度
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	4: やや高度
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	0: 症状なし
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	2: 軽度
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係心慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	2: 軽度
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	3: 中等度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	1: ごく軽度
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	4: やや高度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	4: やや高度
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	3: 中等度
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	1: ごく軽度

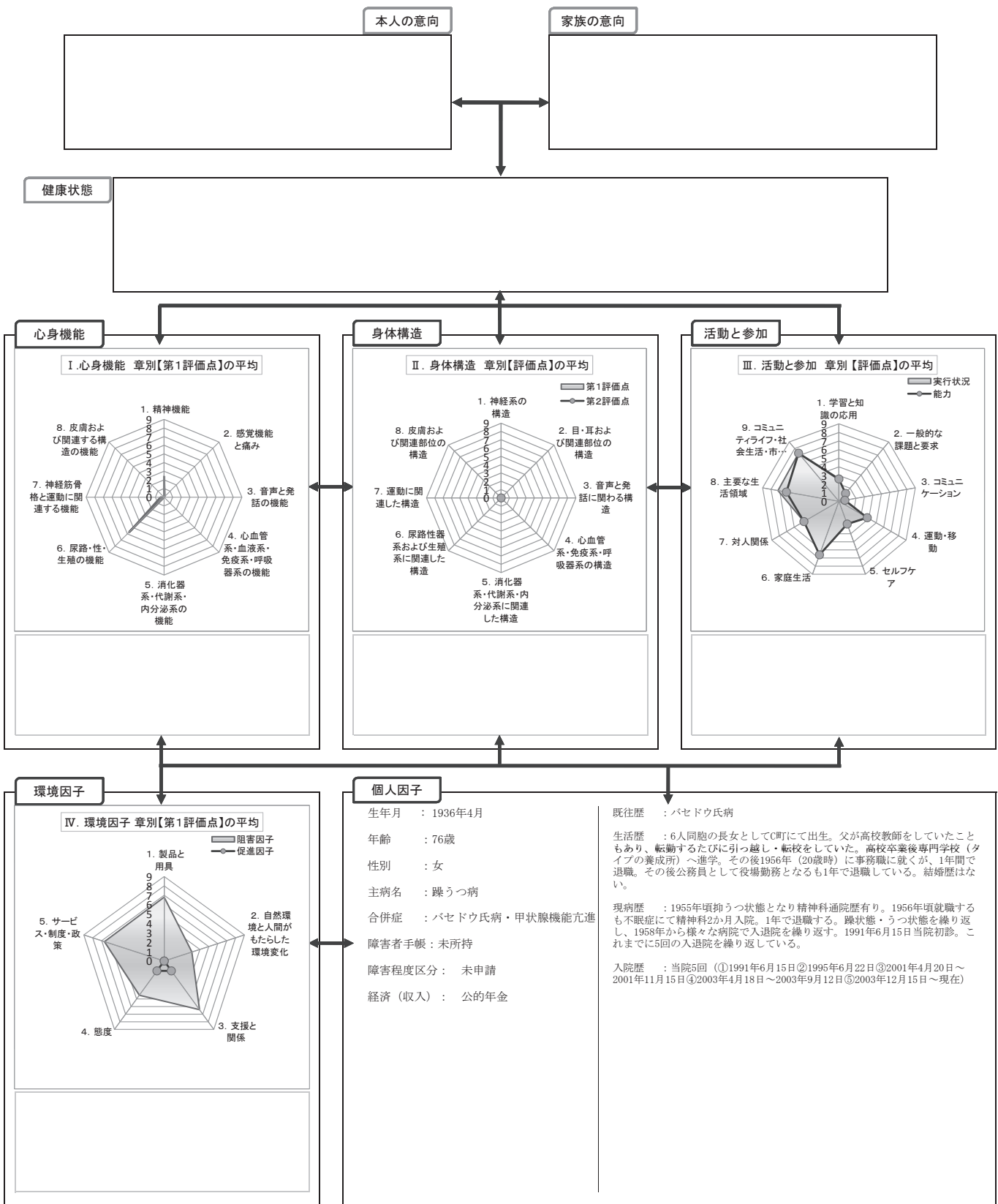




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

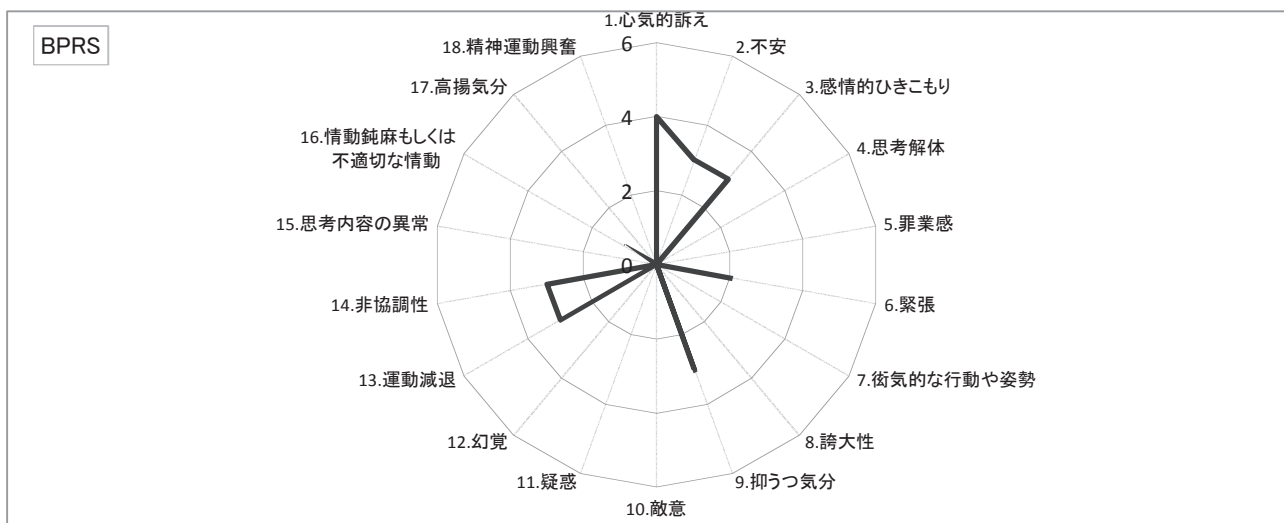
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体の健康状態についての関心の程度。身体の状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	4: やや高度
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	3: 中等度
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	3: 中等度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	3: 中等度
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	1: ごく軽度
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	1: ごく軽度
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	1: ごく軽度
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0: 症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	2: 軽度
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	1: ごく軽度
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	1: ごく軽度
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	2: 軽度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	3: 中等度
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	2: 軽度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	2: 軽度
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	2: 軽度
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	0: 症状なし

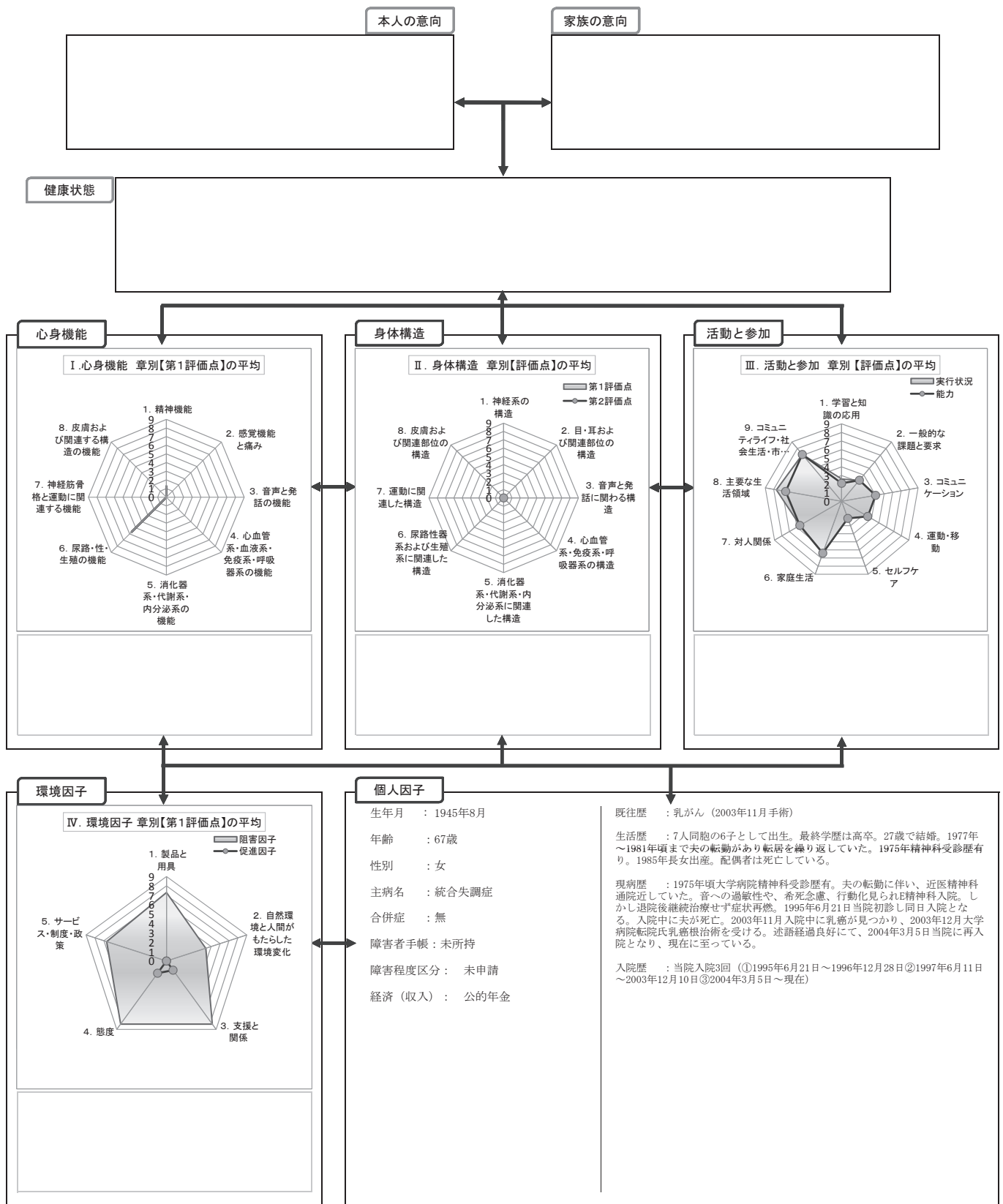




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

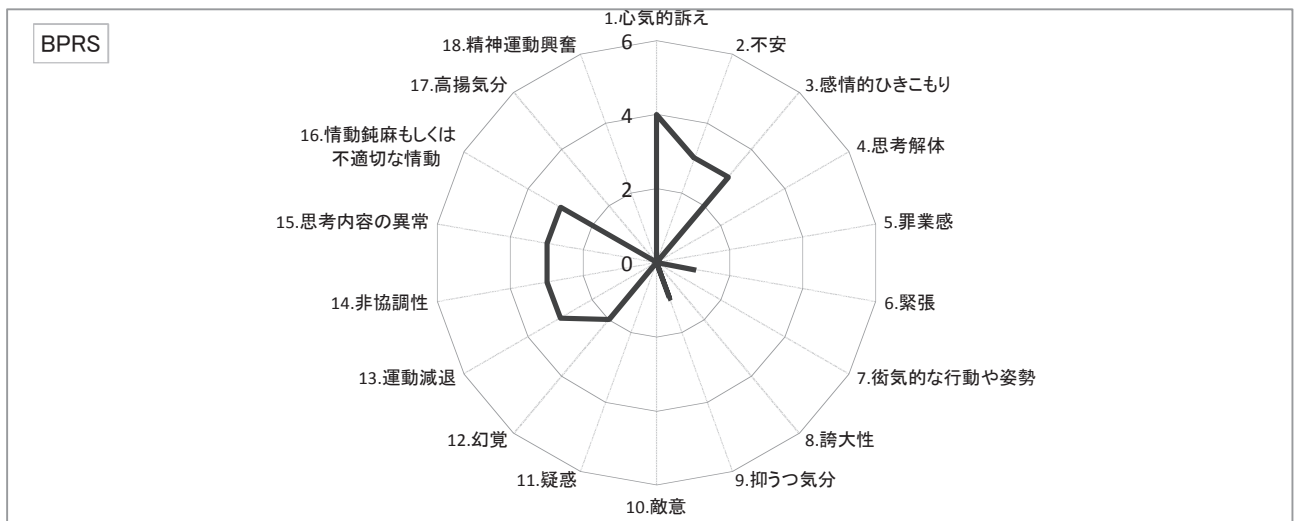
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体の健康状態についての関心の程度。身体の状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	4: やや高度
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	3: 中等度
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	3: 中等度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	0: 症状なし
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	2: 軽度
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0: 症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	3: 中等度
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	0: 症状なし
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係心慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	0: 症状なし
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	0: 症状なし
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	3: 中等度
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	3: 中等度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	0: 症状なし
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	1: ごく軽度
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	0: 症状なし

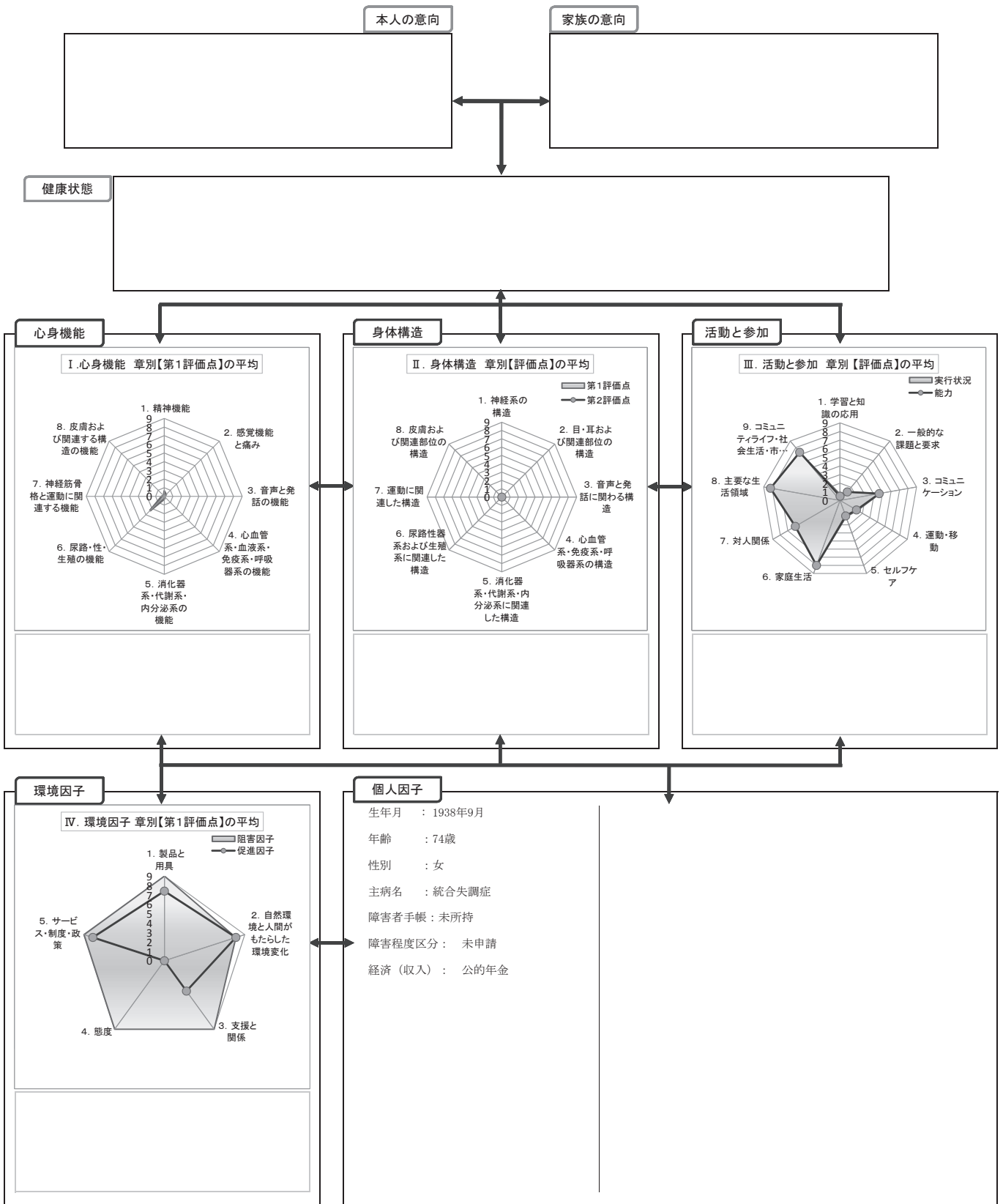




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

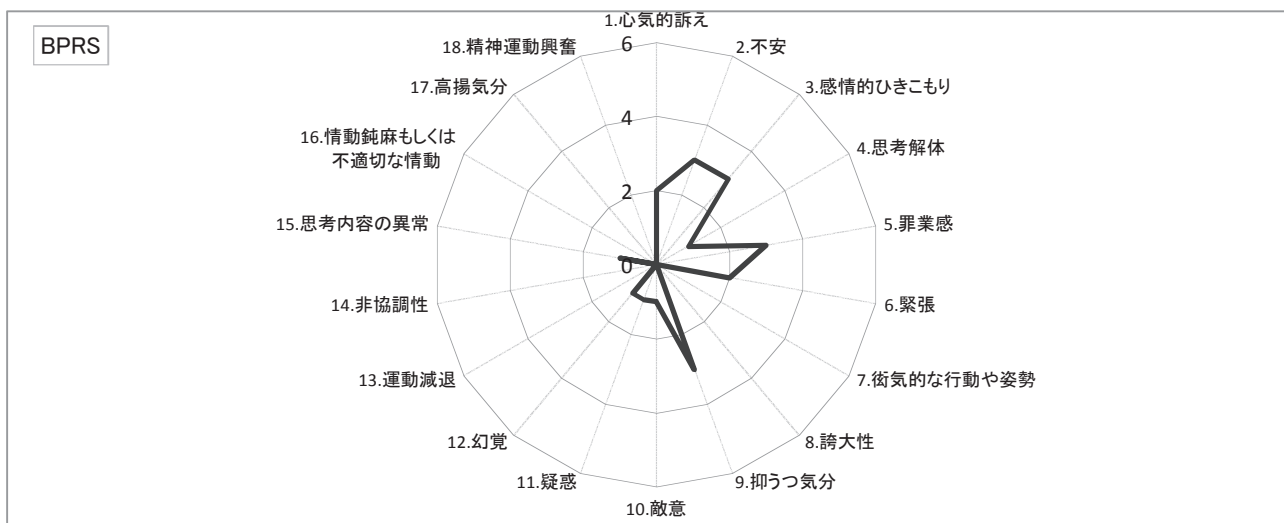
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体の健康状態についての関心の程度。身体の状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	4: やや高度
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	3: 中等度
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	3: 中等度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	0: 症状なし
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	1: ごく軽度
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0: 症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	1: ごく軽度
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	0: 症状なし
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	0: 症状なし
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	2: 軽度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	3: 中等度
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	3: 中等度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	3: 中等度
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	3: 中等度
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	0: 症状なし

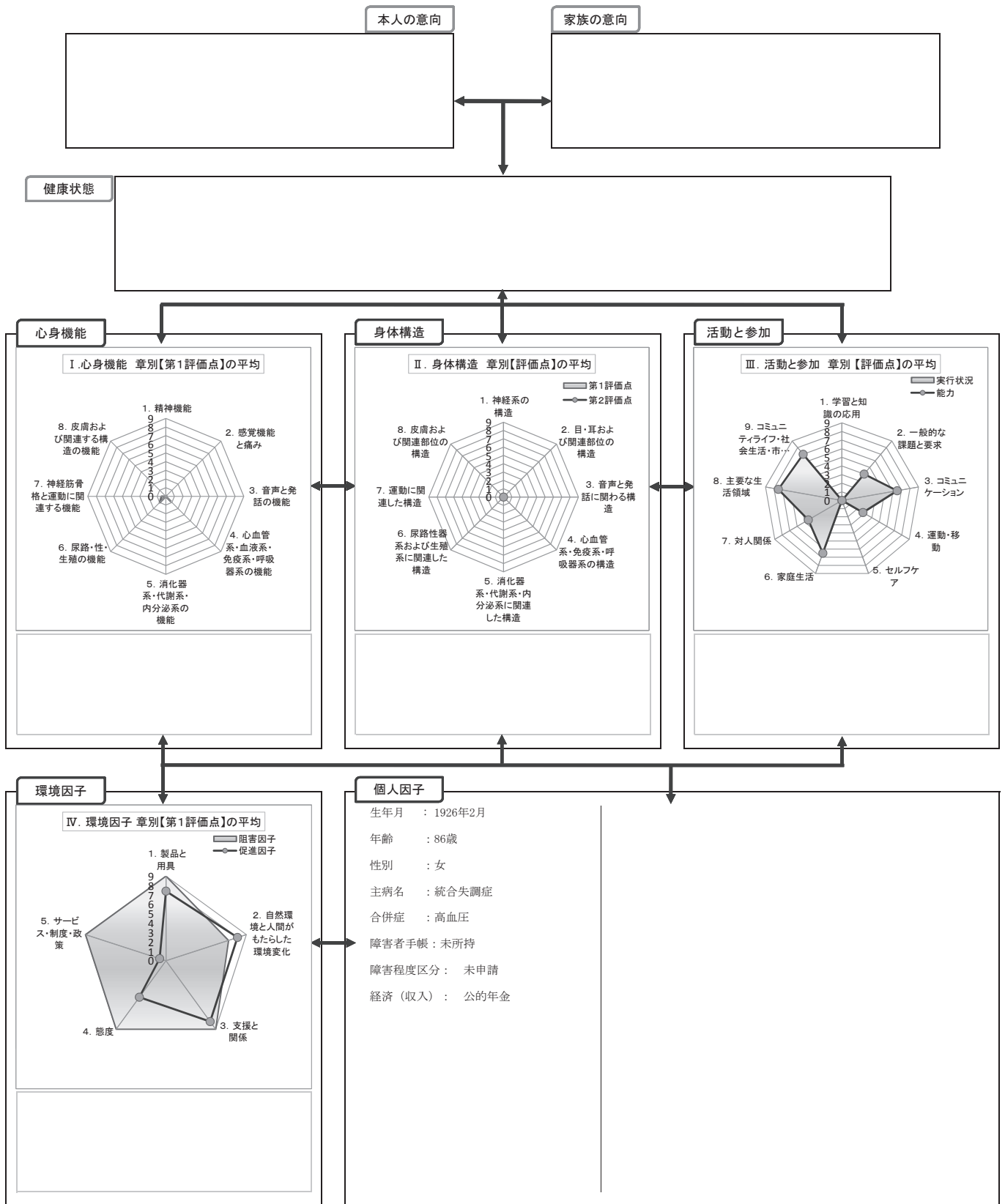




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

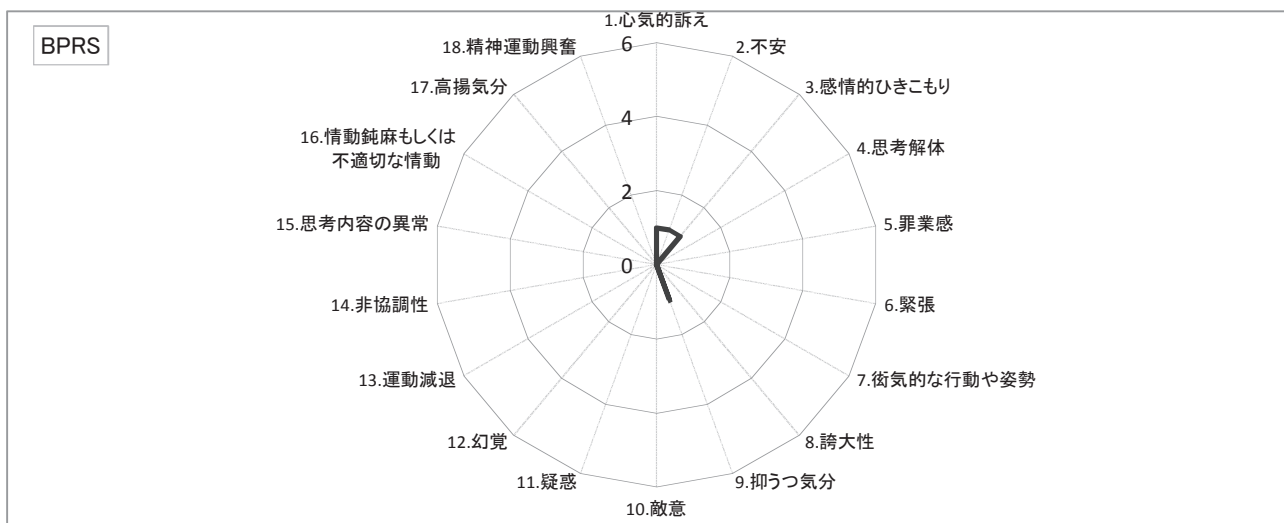
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体 の健康状態 について の関心 の程度。身体 の健康状態 に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	2: 軽度
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	3: 中等度
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	3: 中等度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	1: ごく軽度
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	3: 中等度
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	2: 軽度
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0: 症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	3: 中等度
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	1: ごく軽度
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係心慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	1: ごく軽度
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	1: ごく軽度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	0: 症状なし
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	0: 症状なし
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	1: ごく軽度
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	0: 症状なし
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	0: 症状なし

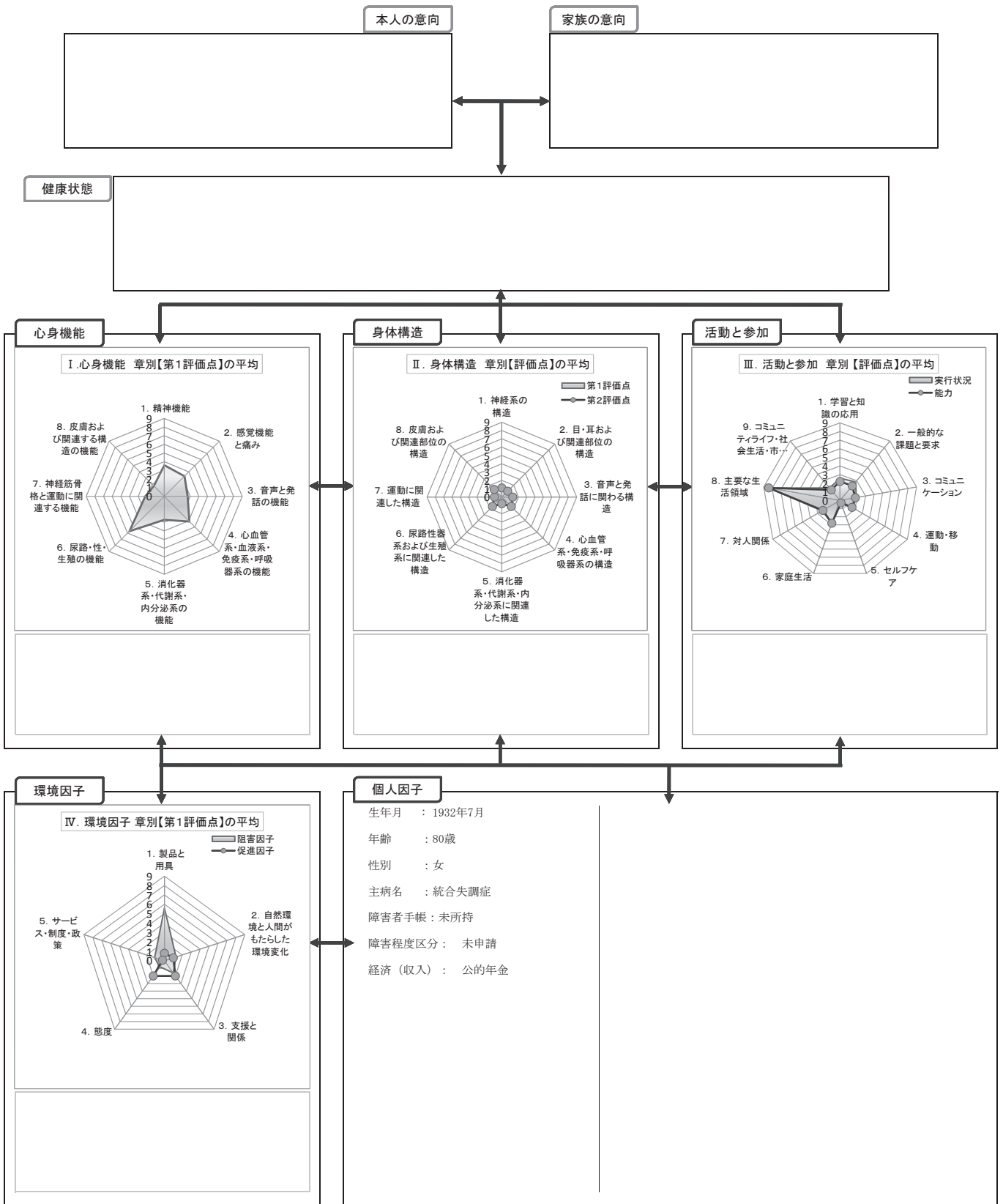




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

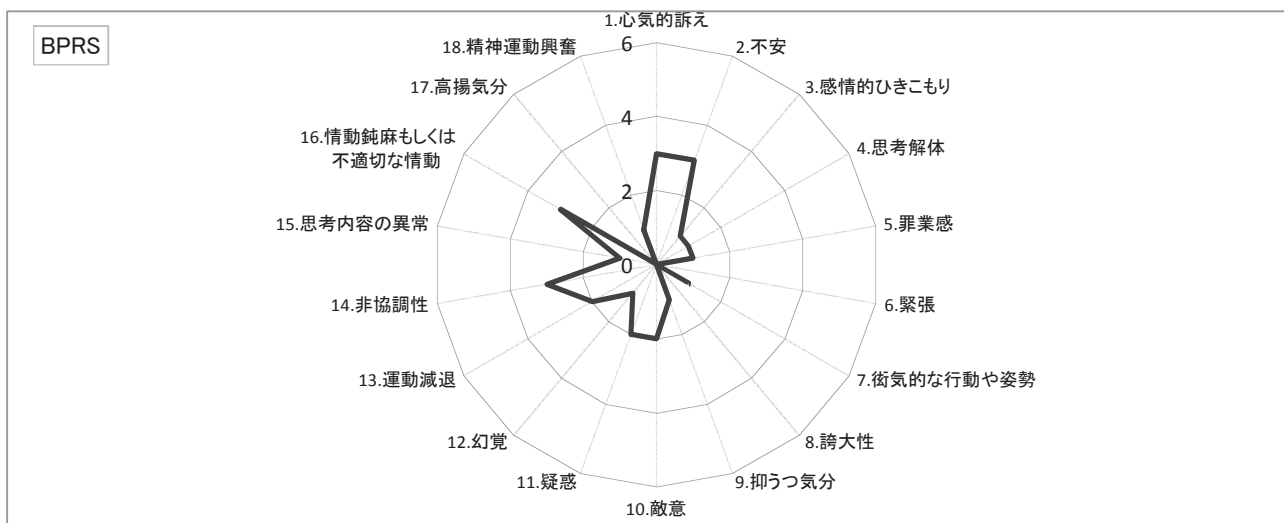
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体健康状態についての関心の程度。身体健康状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	1:ごく軽度
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	1:ごく軽度
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	1:ごく軽度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	0:症状なし
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	0:症状なし
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	0:症状なし
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	0:症状なし
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0:症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	1:ごく軽度
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	0:症状なし
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	0:症状なし
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	0:症状なし
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	0:症状なし
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	0:症状なし
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	0:症状なし
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	0:症状なし
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0:症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	0:症状なし

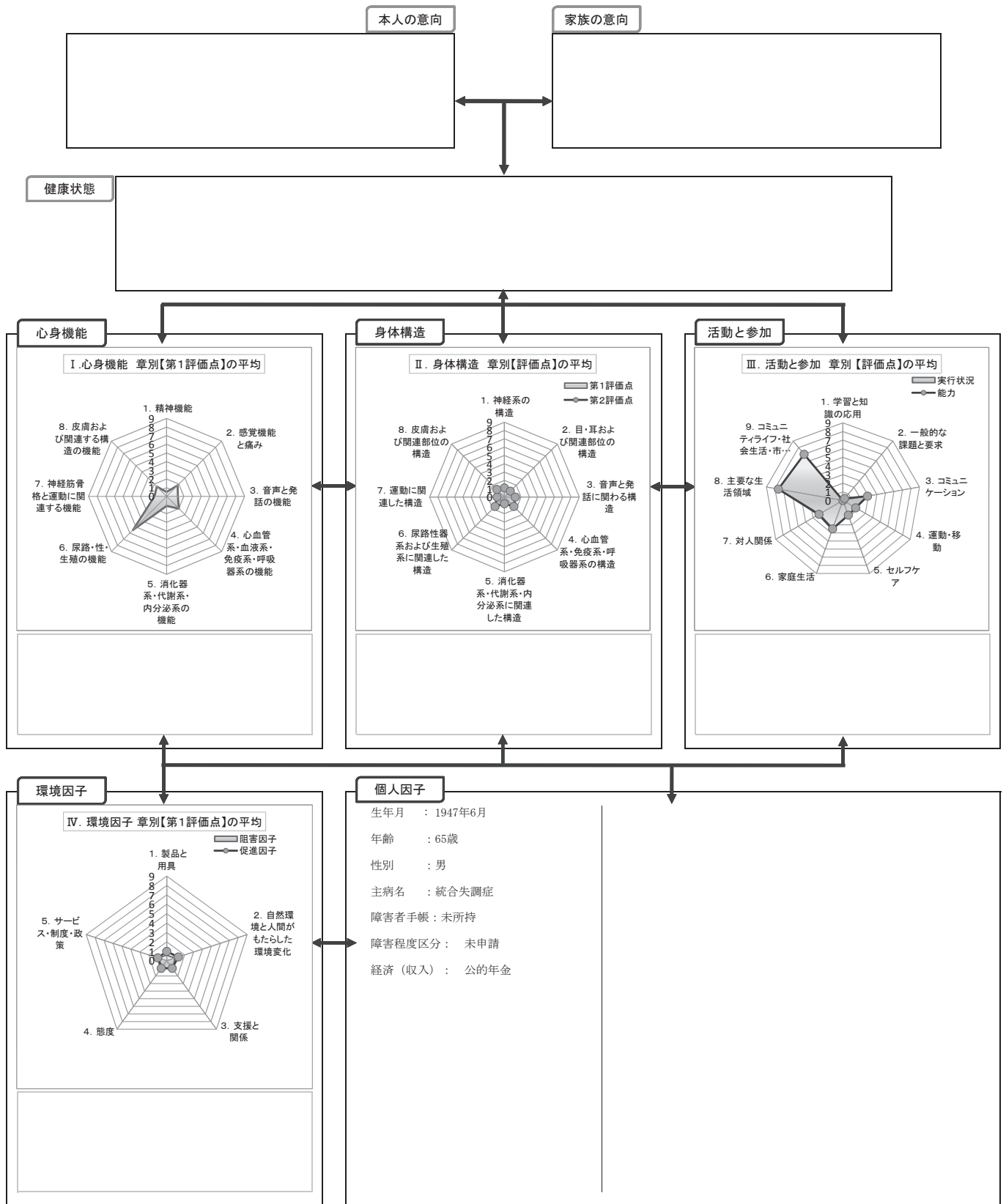




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

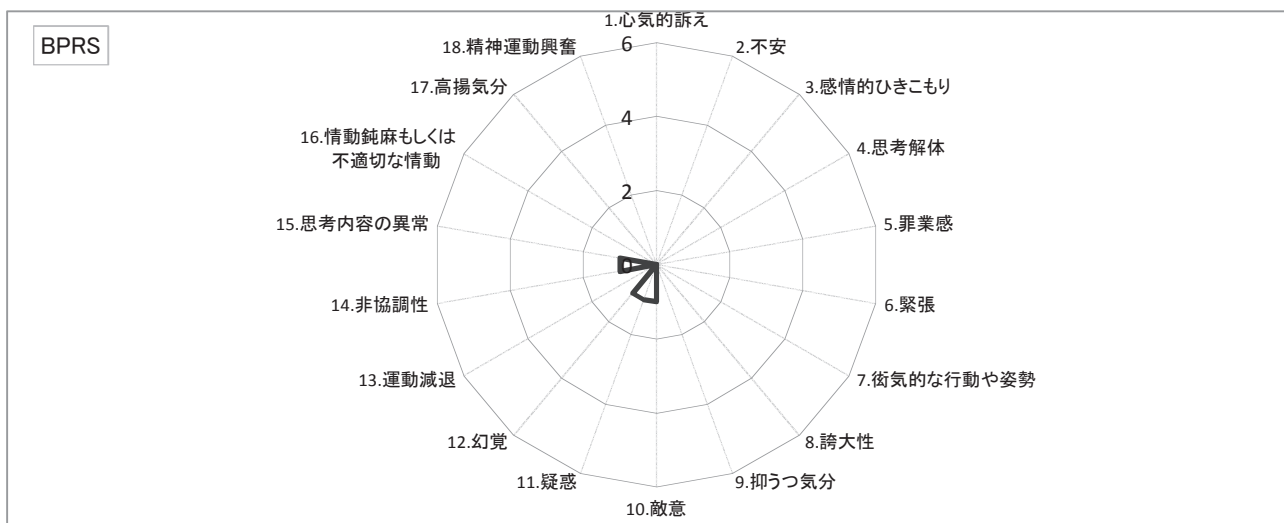
重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体 の健康状態 について の関心 の程度。身体 の健康状態 に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	3: 中等度
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	3: 中等度
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	1: ごく軽度
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	1: ごく軽度
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	1: ごく軽度
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	1: ごく軽度
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0: 症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	1: ごく軽度
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	2: 軽度
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係心慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	2: 軽度
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	1: ごく軽度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	2: 軽度
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	3: 中等度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	1: ごく軽度
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	3: 中等度
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	1: ごく軽度

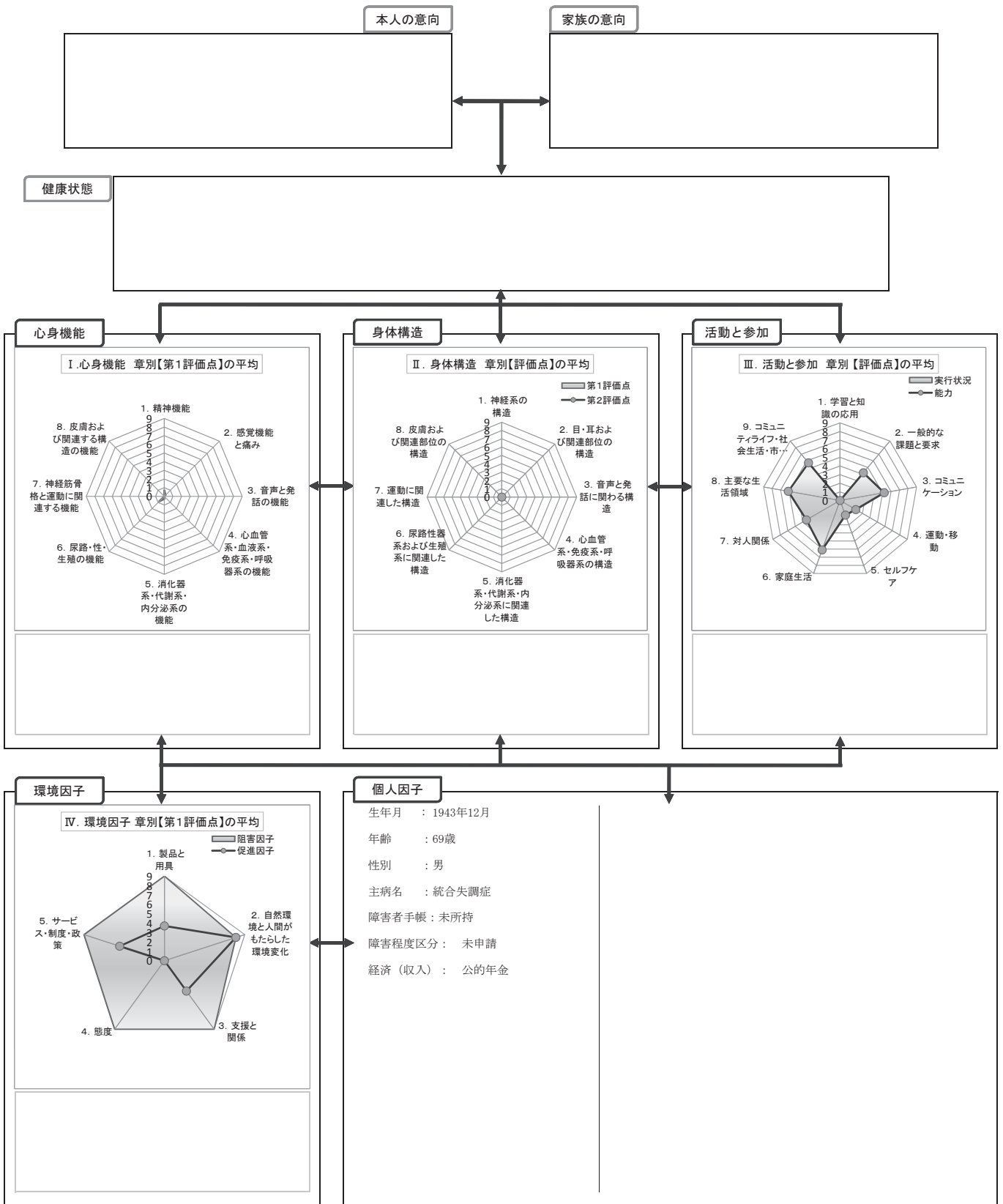




IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体 の健康状態 について の関心 の程度。身体 の健康状態 に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	0: 症状なし
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	0: 症状なし
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	0: 症状なし
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	0: 症状なし
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	0: 症状なし
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	0: 症状なし
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	1: ごく軽度
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	1: ごく軽度
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	1: ごく軽度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	0: 症状なし
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	1: ごく軽度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	1: ごく軽度
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	0: 症状なし
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	0: 症状なし





IV. 環境因子 評価点 [9. 非該当]は、便宜上、阻害因子としてグラフ化しています

重症度を表す数字の中で患者の現在の状況を最もよく示す番号を選択して下さい。		選択肢
1. 心氣的訴え	身体の健康状態についての関心の程度。身体の状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に関わらず評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。	0: 症状なし
2. 不安	心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみにもとづいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)	0: 症状なし
3. 感情的ひきこもり	面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察にもとづいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)	0: 症状なし
4. 思考解体	思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。	3: 中等度
5. 罪業感	過去の行為についての呵責。自責・自己非難。罪を受けて当然だと思う。	0: 症状なし
6. 緊張	不安(激越にまでおよぶ)、緊張。過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察にもとづいての評価。	0: 症状なし
7. 衝動的な行動や姿勢	風変り、常同的、不適切。奇妙な行動および、態度。観察にもとづいての評価。	3: 中等度
8. 誇大性	過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。	2: 軽度
9. 抑うつ気分	悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には、被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心氣的訴えは考慮にいれない。	0: 症状なし
10. 敵意	他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。	5: 高度
11. 疑惑	患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害も走まで含める。ここには妄想気分も含める。	1: ごく軽度
12. 幻覚	外界からの刺激のない近く。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。	3: 中等度
13. 運動減退	運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。	1: ごく軽度
14. 非協調性	面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察にもとづく評価。	2: 軽度
15. 思考内容の異常	通常では見られない、奇妙、奇怪なく内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分ので得られた通常では見られない思考内容は、たとえば他の項(例、心氣的訴え、罪業感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここで離人症(妄想性のもも非妄想性のもも含める)、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。	5: 高度
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	感情緊張の低下もしくは不適切、並びに清浄の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。	2: 軽度
17. 高揚気分	健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらに躁状態と恍惚状態まで。	0: 症状なし
18. 精神運動興奮	会話と駆動の料と出現率の増大。観察にもとづく評価。	1: ごく軽度

