

退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の
開催等の実態に関する全国調査

報 告 書

令和4(2022)年3月



公益社団法人日本精神保健福祉士協会
Japanese Association of Mental Health Social Workers

はじめに

私たち精神保健福祉士は、国家資格化されるはるか以前より「精神医学ソーシャルワーカー：PSW」として精神科医療機関を実践、活躍の場として精神障害者の社会的復権と国民の福祉の向上を目指して、当事者一人ひとりの「自己決定」を尊重したかかわりを展開し、生活者の視点を持ちながら彼らを取り巻く環境にも目を向け、社会資源の開拓や創出及び精神障害者の医療と保健と福祉に関する実践を重ねてきました。

2014（平成26）年4月の改正精神保健福祉法の施行改正に伴い、医療保護入院者には退院後の環境調整を行うことを任務とした「退院後生活環境相談員」が選任されることになりましたが、その役割の多くは以前から精神保健福祉士が担ってきた役割でした。医療保護入院は本人の同意を得ることなく行われる入院であることを踏まえ、それは本人の人権擁護の観点から可能な限り早期退院を図ること、また、退院支援、地域移行のための環境整備等を進めていくために地域支援者等と早期に連携し、行政機関を含む院外の機関との調整に努めることが主たる業務ですが、その選任の資格要件は、精神保健福祉士以外にも看護職員（保健師を含む）、作業療法士、社会福祉士、3年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者とあります。また、その配置の目安としては退院後生活環境相談員1人につき、概ね50人以下の医療保護入院者を担当できることになっています。本来であれば法改正施行後3年を目途として、施行後の状況や精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案しそのあり方について検討し見直すものとされていましたが、法改正から8年が経過した現在まで退院後生活環境相談員の詳細な実態調査はなく、当該制度における退院後生活環境相談員の現状や課題及び精神保健福祉士の選任に関する状況やその課題等は明らかにされていませんでした。

そのため、公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、「本協会」）は、有識者と本協会構成員により検討会と調査作業部会を組織した上で、令和3年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業を受託し、退院後生活環境相談員の選任や配置状況、退院に向けた相談業務等の状況及び医療保護入院者退院支援委員会の開催等について調査することにより、退院後生活環境相談員の実態を把握し、その効果や退院に向けた取組に関する課題等を検証するための基礎資料を作成することを目的として、精神科病床を有する全国の病院約1,600か所を対象とした全国調査（悉皆調査）を実施することにいたしました。

具体的には、A票、B票の2つの調査票を作成し、A票は退院後生活環境相談員のうち管理者的な立場にある者からの管理者調査、B票は実際に業務を担っている退院後生活環境相談員からの相談員調査としてアンケート調査を郵送し、Webフォームにて回答を収集しました。

本調査により退院後生活環境相談員の選任状況や実際の担当者数や業務内容等の現状に鑑みた運用上での数多くの課題等が示唆されました。今後の精神保健福祉法の改正に向けても活用いただければ幸いです。

本事業の実施において中心的な役割を果たし、多忙な本務と本協会の会務がありながらも調査作業部会としてご尽力いただきました本協会権利擁護部「精神医療・権利擁護委員会」の委員の皆様をはじめ、本事業検討会の皆様や本調査にご協力いただきましたすべての方々へ心より感謝申し上げます。

2022（令和4）年3月
公益社団法人日本精神保健福祉士協会 副会長 水野拓二
理事 尾形多佳士

目次

はじめに	1
目次	2
第1部 事業目的等	3
1. 本調査事業の背景	4
2. 本調査研究事業の目的	5
3. 本調査研究事業の実施内容	5
1) 実施体制	5
2) 実施内容	7
第2部 退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の開催等の実態に関する全国調査の結果及び考察	9
1. 調査概要	10
1) 目的	10
2) 対象	10
3) 調査方法及び回答方法	10
4) 回答期間	10
5) 回収数	10
2. 調査結果	11
1) 調査A（管理的立場にいる者等を対象とした調査）の結果	11
2) 調査B（退院後生活環境相談員を対象とした調査）の結果	77
3) 調査全体の結果を踏まえた考察	141
第3部 本調査の結果を踏まえた退院後生活環境相談員及び退院支援委員会等のあり方に関する提言	151
1. 提言	152
1) 退院後生活環境相談員について	152
2) 地域援助事業者による相談援助について	153
3) 医療保護入院者退院支援委員会について	153
4) さらなる退院促進に向けて取り組む必要がある措置について	154
第4部 資料編	155
1. 調査A 調査票	156
2. 調査B 調査票	163

第 1 部

事業目的等

1. 本調査事業の背景

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」）は、一部改正法が2013年6月19日に公布され、2014年4月1日に施行された。この改正法において、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置（以下、「退院促進措置」）として、精神科病院の管理者に以下の事項が義務づけられた。

- （1）精神保健福祉士等のうちから退院後生活環境相談員を選任し、その者に医療保護入院者の退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならないものとする。
- （2）医療保護入院者又はその家族等から求めがあった場合その他医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者を紹介するよう努めなければならないものとする。
- （3）必要に応じて地域援助事業者と連携を図りながら、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備その他の当該精神科病院における医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置を講じなければならないものとする。

なお、精神保健福祉法施行規則において、入院期間が1年未満の医療保護入院者の推定入院期間等が経過するごとの医療保護入院者退院支援委員会の開催義務が精神科病院の管理者に課せられたほか、障害保健福祉部長通知「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」において、退院後生活環境相談員の選任、地域援助事業者の紹介及び地域援助事業者による相談援助、医療保護入院者退院支援委員会の開催に関する事項が規定されている。

これらの退院促進措置を法律に規定した目的は、医療保護入院が本人の同意を得ることなく行われる入院であることを踏まえ、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院を図ることである。

また、改正法には附則において検討規定が付され、新法の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院者の退院促進措置の在り方についても検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされた。

改正法の施行から7年以上が経過する中、精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化としては、次の事項をあげることができる。

- （1）精神疾患を有する総患者数（精神障害者数）は増加する一方、精神病床の在院患者数は漸減傾向にあること。
- （2）医療保護入院に関しては、精神病床の在院患者に占める医療保護入院者の割合は毎年漸増傾向にあること（令和2年630調査において48.3%）、入院期間が1年以上の在院患者のうち医療保護入院者が45.7%を占めていること（令和2年630調査）、医療保護入院届け出数は毎年18万件を超える数字で推移していること（衛生行政報告例）。
- （3）「地域移行支援」は2012年に法定化され個別給付事業となったものの、当初想定

していた利用者数には届かず、数次の障害福祉サービス等報酬改定による強化が図られたものの、依然として低位にとどまっていること。

(4) 新たな精神保健医療福祉の政策理念として「精神障害にも対応した地域包括支援システムの構築」が掲げられ、全国的な展開が図られていること。

この間、医療保護入院者の退院促進措置に関しては、その実態の全国的な調査や当該退院促進措置の実施による効果測定等は実施されておらず、改めて実態等を明らかにすることが求められることとなった。

2. 本調査研究事業の目的

本調査研究事業は、退院後生活環境相談員の選任・配置状況、退院に向けた相談業務等の業務の状況及び医療保護入院者退院支援委員会の開催等について調査することにより、退院後生活環境相談員の実態を明らかにし、効果や退院に向けた取組に関する課題等を検証する際の基礎資料とすることを目的として実施した。

3. 本調査研究事業の実施内容

1) 実施体制

(1) 検討会の設置

本事業の実施にあたっては、精神医療・保健・福祉の多職種で構成する検討会を設置し、事業実施の企画と取り組む具体的内容の検討を行った。

[検討会の開催]

第1回	2021年7月29日	場所：Zoom ミーティングによるオンライン会議
第2回	2022年1月12日	場所：Zoom ミーティングによるオンライン会議

[検討会構成員]

(敬称略、順不同/2022年3月現在)

氏名	所属
松岡 龍雄	公益社団法人日本精神科病院協会 (医療法人社団和風会 広島第一病院)
西舘 均	公益社団法人日本精神科看護協会 (一般財団法人岩手済生医会 三田記念病院)
香山 明美	一般社団法人日本作業療法士協会 (東北文化学園大学)

山口 創生	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部
岡部 正文	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会 (一般社団法人 ソラティオ)
水野 拓二	公益社団法人日本精神保健福祉士協会 副会長 (公益財団法人復康会 鷹岡病院)
尾形 多佳士	公益社団法人日本精神保健福祉士協会 理事 (医療法人五風会 さっぽろ香雪病院)
山本 めぐみ	公益社団法人日本精神保健福祉士協会 精神医療・権利擁護委員 委員長 (公益財団法人浅香山病院)

(2) 調査作業部会の設置等

本協会の精神医療・権利擁護委員会で構成する調査作業部会を設置し、本事業における調査等の設計及び実施と報告書の作成等を行った。また、事務局職員が事務的実務及び経理を担当した。

[調査作業部会の開催]

第1回 2021年7月20日 場所：Zoom ミーティングによるオンライン会議
第2回 2021年8月2日 場所：Zoom ミーティングによるオンライン会議
第3回 2021年12月5日 場所：アットビジネスセンター渋谷東口駅前 401号室（東京都渋谷区） 対面及びZoom ミーティングによるハイブリッド開催

※作業部会の開催のほか、調査票及び報告書の作成等に係る担当者間のミーティングや、メーリングリストを活用した協議を行った。

[作業部会構成員]

(敬称略、順不同/2022年3月現在)

氏名	所属
増田 喜信	西部健康福祉センター
阿部 祐太	国立病院機構花巻病院
大山 和宏	一般社団法人 えのき舎
岡安 努	(社福)共友会 相談支援事業所やたの生活支援センター
木本 達男	岡山市こころの健康センター
三溝 園子	昭和大学附属烏山病院
鈴木 圭子	神奈川県精神保健福祉センター
種田 綾乃	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 社会福祉学科
中野 千世	(医)宮本病院 地域活動支援センター 櫻

[その他の事業担当者等]

	氏 名	所 属
事業担当者	植木 晴代	公益社団法人日本精神保健福祉士協会
事業担当者	小澤 一紘	公益社団法人日本精神保健福祉士協会
事業に係る 経理責任者	坪松 真吾	公益社団法人日本精神保健福祉士協会
事業に係る 経理担当者	原 浩子	公益社団法人日本精神保健福祉士協会

2) 実施内容

退院後生活環境相談員の選任・配置状況、退院に向けた相談業務等の業務の状況及び医療保護入院者退院支援委員会の開催等について実態を明らかにすることを目的として、全国の精神病床を有する病院を対象として、アンケート調査を実施した。

(1) 量的調査の実施

各地方厚生局 Web サイトの保険医療機関一覧（コード内容別医療機関一覧表）から抽出した精神病床を有する医療機関（1,601 か所）を対象として、回答者を下記の者とし2種類のアンケート調査を実施した。

- 調査A：退院後生活環境相談員のうち管理的立場にいる者または退院後生活環境相談員としての職務経験が長い者
- 調査B：調査Aの対象者が任意に選定した退院後生活環境相談員3名（ただし、退院後生活環境相談員が1名ないし2名の場合は、その人数。また、精神保健福祉士以外で退院後生活環境相談員を担当している職種がいる場合は、最低1名は他職種の者を対象に含めること）

第2部

**退院後生活環境相談員の業務と
退院支援委員会の開催等の実態に
関する全国調査の結果及び考察**

1. 調査概要

1) 目的

退院後生活環境相談員の選任・配置状況、退院に向けた相談業務等の業務の状況及び医療保護入院者退院支援委員会の開催等について調査することにより、退院後生活環境相談員の実態を明らかにし、効果や退院に向けた取組に関する課題等を検証する際の基礎資料とすることを目的とする。

2) 対象

精神病床を有する病院（1,601か所）を対象として回答者は下記の者とした。

- ①調査A：退院後生活環境相談員のうち管理的立場にいる者または退院後生活環境相談員としての職務経験が長い者
- ②調査B：調査Aの対象者が任意に選定した退院後生活環境相談員3名
ただし、退院後生活環境相談員が1名ないし2名の場合は、その人数。また、精神保健福祉士以外で退院後生活環境相談員を担当している職種がいる場合は、最低1名は他職種の者を対象に含めること。

3) 調査方法及び回答方法

調査方法：インターネット調査

回答方法：回答専用 Web フォームからの回答送信（セキュリティ等の事情により Web フォームでの回答が難しい場合は、Word 版調査票への回答入力、メール添付で提出）

4) 回答期間

2021年10月15日～2021年11月22日

5) 回収数

調査A： 516件(516施設／施設回収率32.2%)

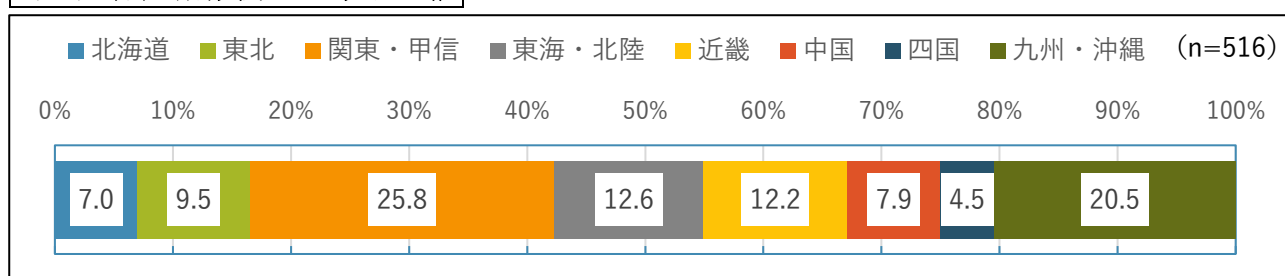
調査B：1,442件(652施設／施設回収率40.8%)

2. 調査結果

1) 調査 A (管理的立場にいる者等を対象とした調査) の結果

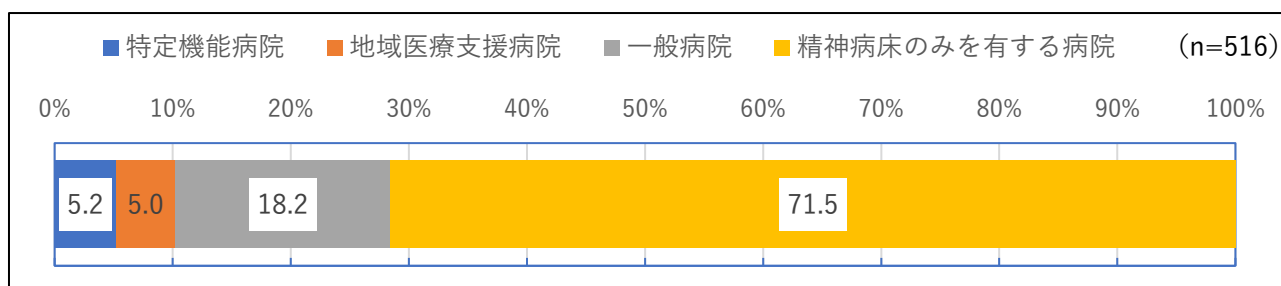
医療機関の基本情報

AQ0. 回答医療機関の地域別内訳



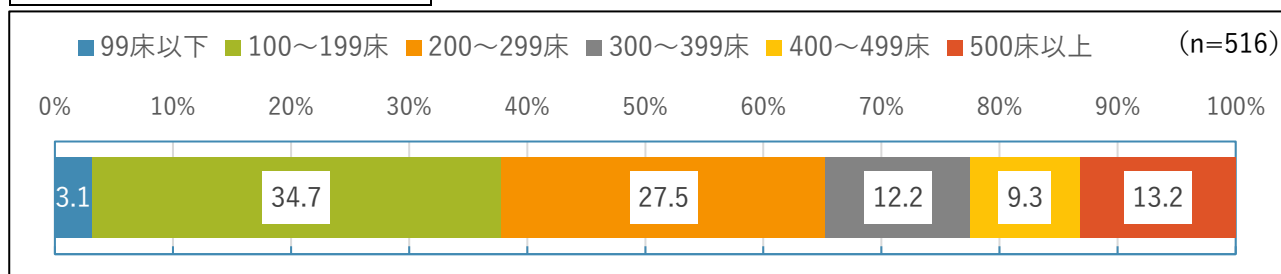
- ・ 回答のあった 516 施設の地域別内訳をみると、割合の高い順から「関東・甲信越」25.8%、「九州・沖縄」20.5%、「東海・北陸」12.6%、「近畿」12.2%、「東北」9.5%、「中国」7.9%、「北海道」7.0%、「四国」4.5%であった。

AQ1. 病院の種類



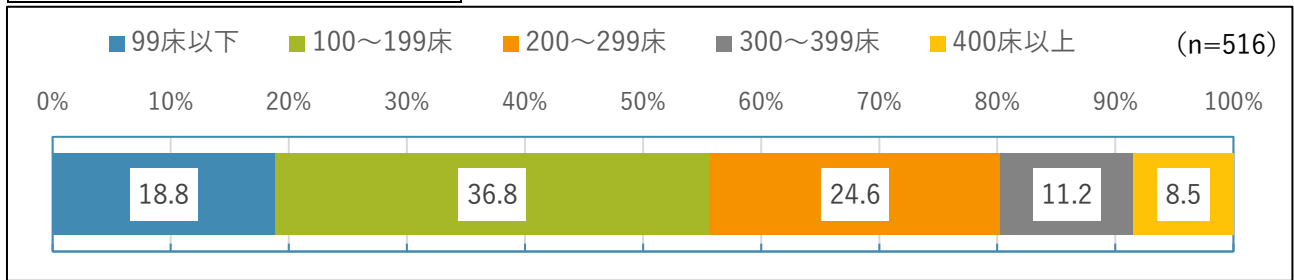
- ・ 病院の種別割合では、「精神病床のみを有する病院」が 71.5%と最も多く、次いで「一般病院」18.2%、「特定機能病院」5.2%、「地域医療支援病院」5.0%であった。

AQ2-1. 稼働している全病床数



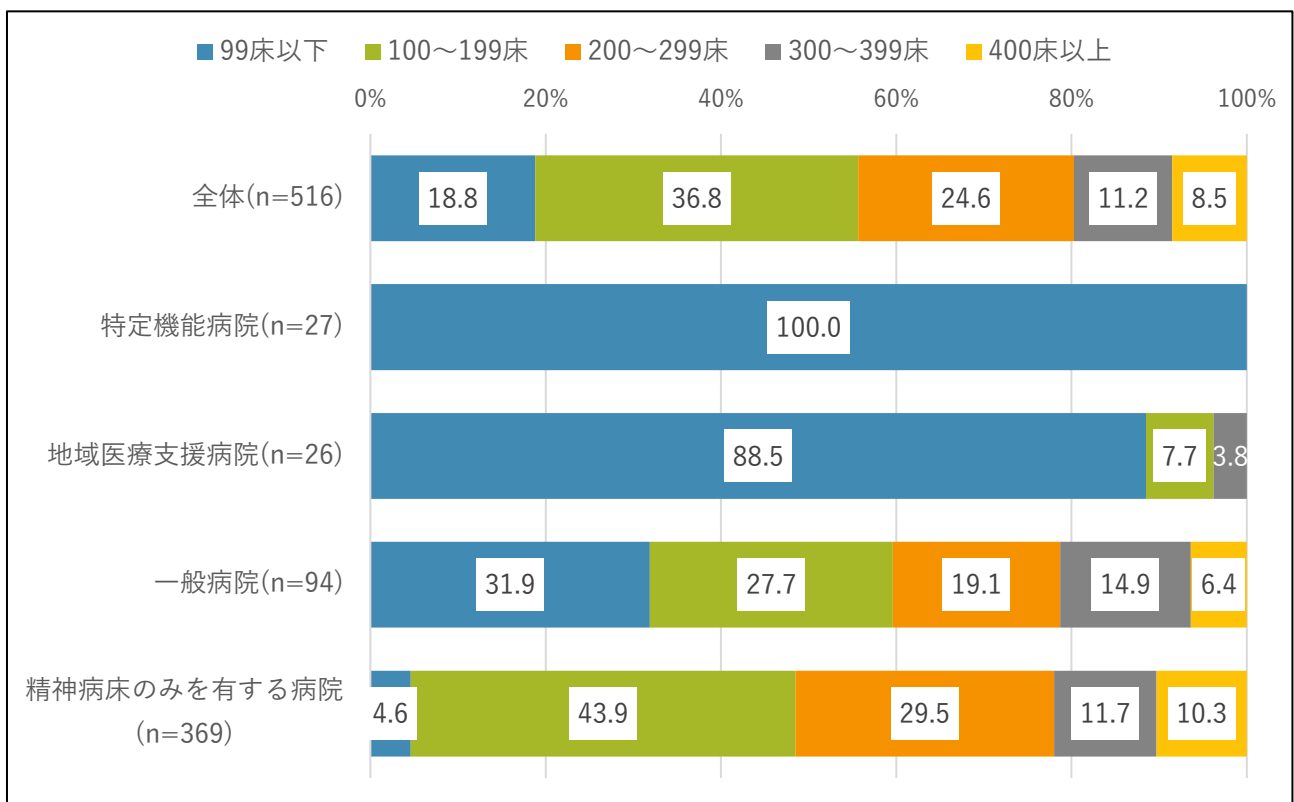
- ・ 稼働している全病床数では、割合が高い順から「100~199床」34.7%、「200~299床」27.5%、「500床以上」13.2%、「300~399床」12.2%、「400~499床」9.3%、「99床以下」3.1%であった。

AQ2-2. 稼働している精神病床数



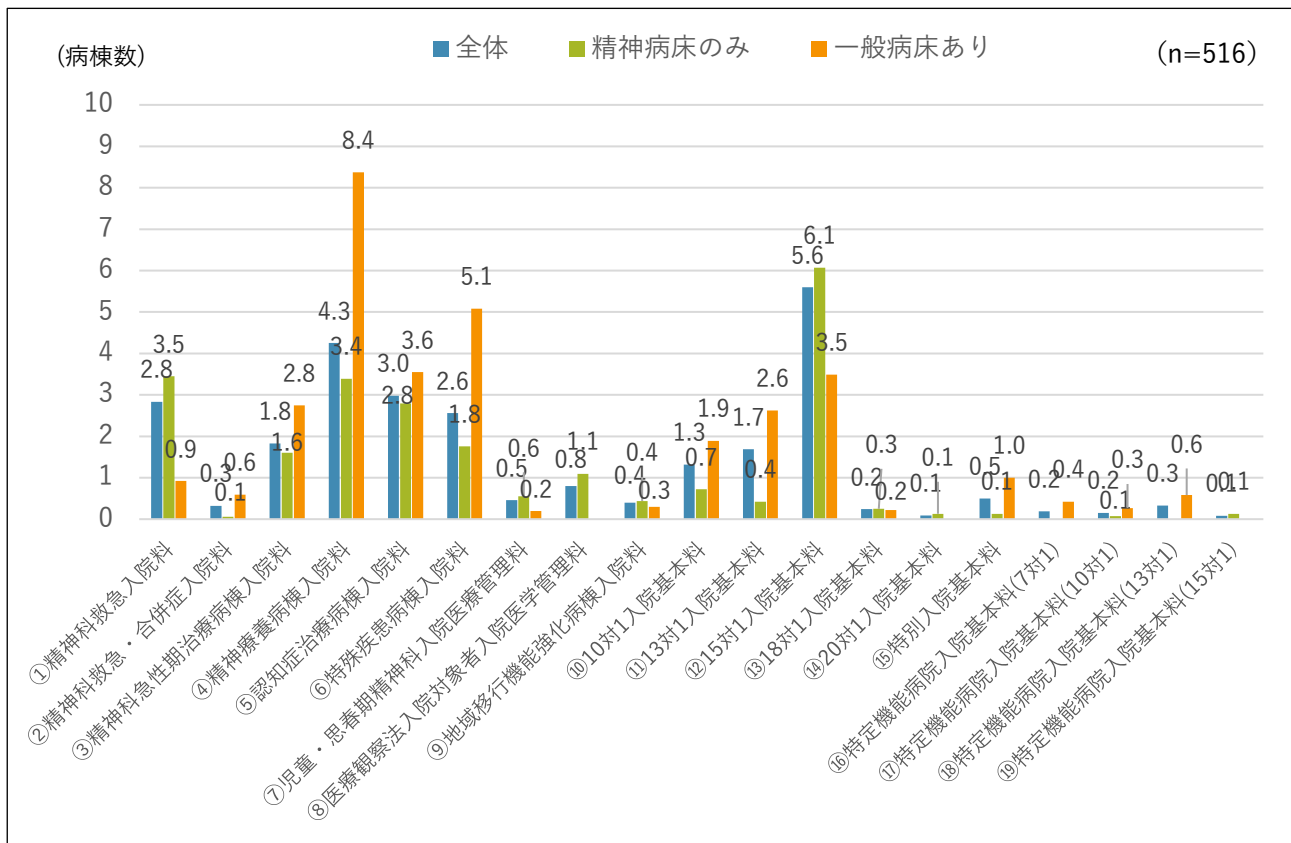
- ・ 稼働している精神病床数では、割合が高い順から「100～199床」36.8%、「200～299床」24.6%、「99床以下」18.8%、「300～399床」11.2%、「400～499床」8.5%であった。

<AQ1×AQ2-2 稼働している精神病床数（病院の種類別）>



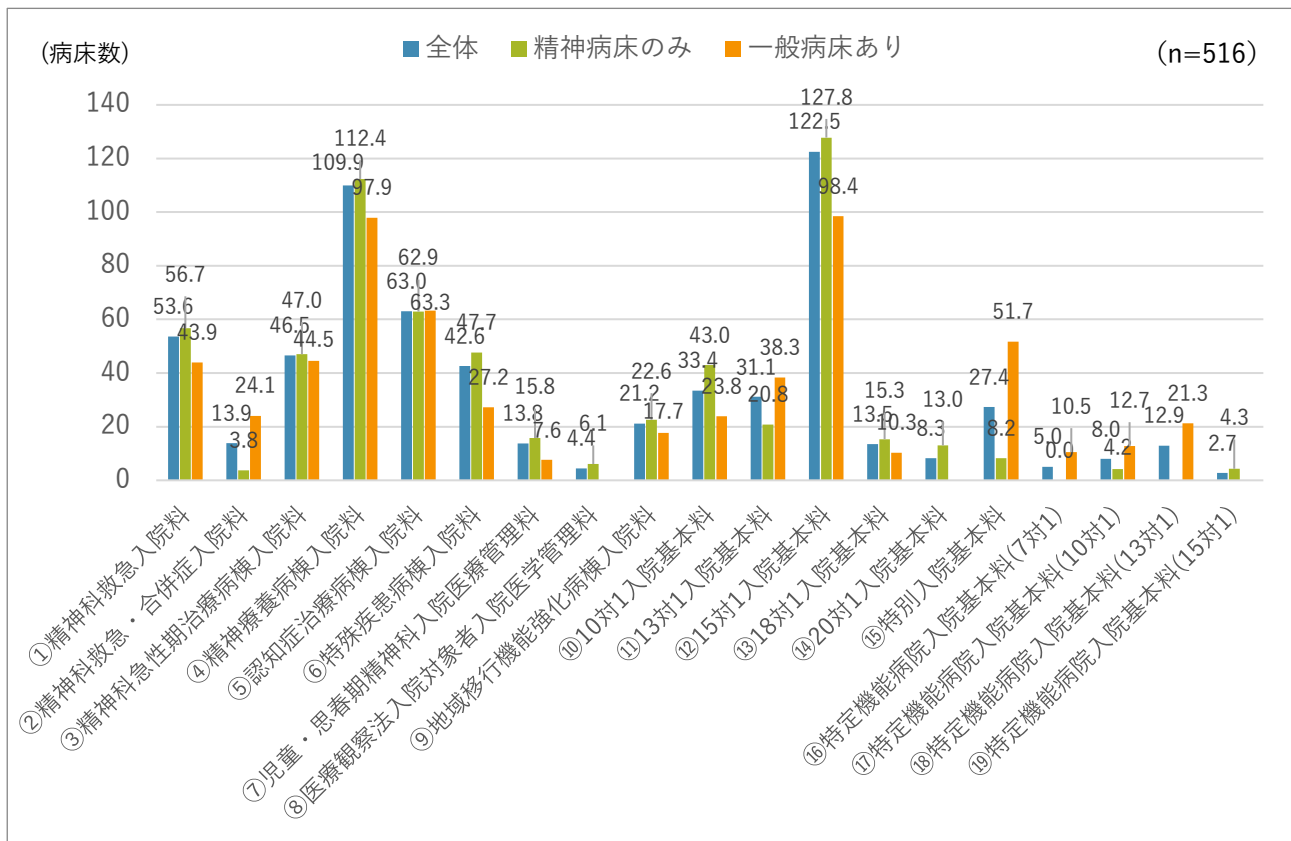
- ・ 病院の種類ごとの精神病床数をみると、特定機能病院はすべて99床以下であった。
- ・ 地域医療支援病院では、「99床以下」が88.5%と最も多く、「100～199床」7.7%、「300～399床」3.8%であった。
- ・ 一般病院では、割合が高い順に「99床以下」31.9%、「100～199床」27.7%、「200～299床」19.1%、「300～399床」14.9%、「400床以上」6.4%であった。
- ・ 精神病床のみを有する病院では、割合が高い順に「100～199床」43.9%、「200～299床」29.5%、「300～399床」11.7%、「400床以上」10.3%、「99床以下」4.6%であった。

AQ3-1. 精神病床の入院料別届出病棟数



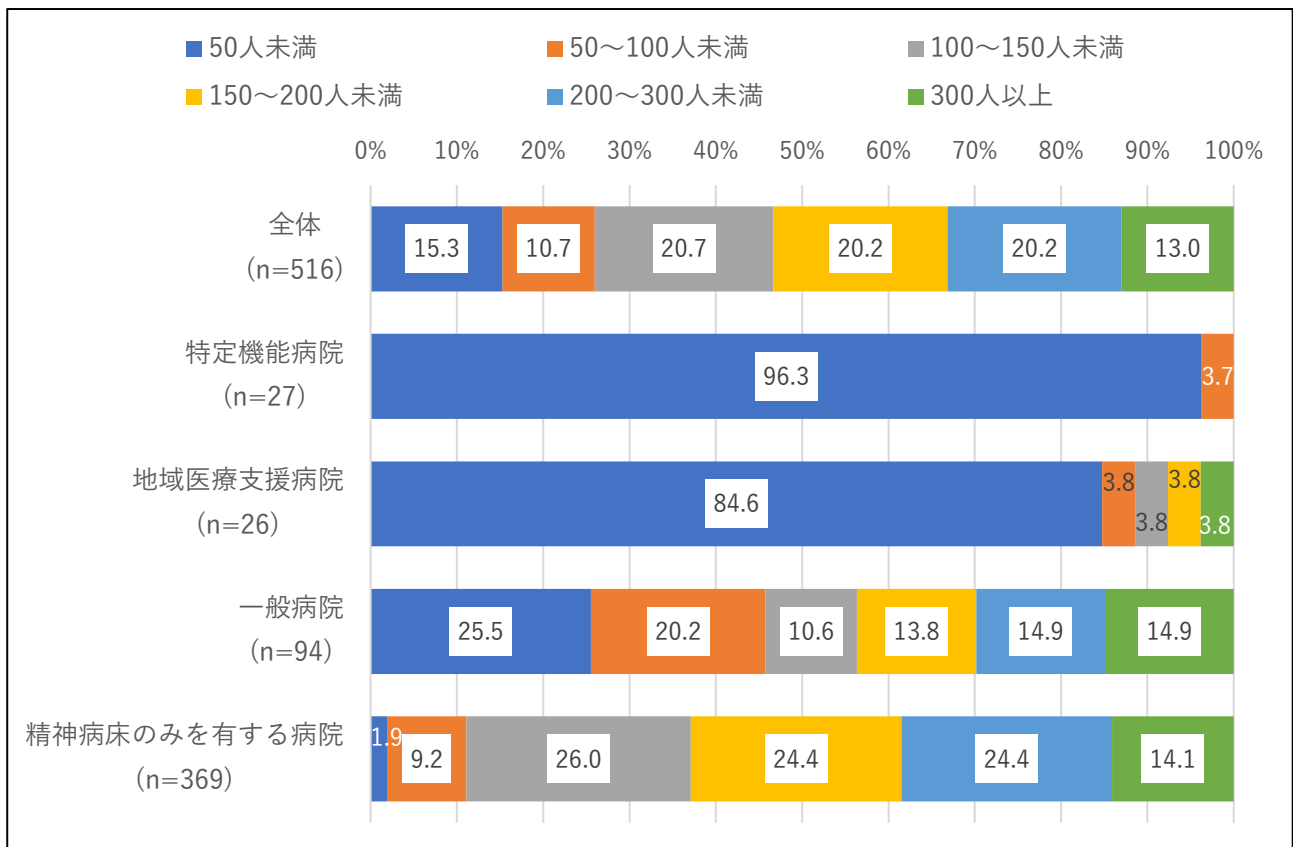
- 精神病床の入院料別の届出病棟数の平均をみると、全体では「15 対 1 精神病棟入院基本料」が 5.6 病棟と最も多く、次いで「精神療養病棟入院料」4.3 病棟、「認知症治療病棟入院料」3.0 病棟、「精神科救急入院料」2.8 病棟、「特殊疾患病棟入院料」2.6 病棟、「精神科急性期治療病棟入院料」1.8 病棟、「13 対 1 精神病棟入院基本料」1.7 病棟、「10 対 1 精神病棟入院基本料」1.3 病棟の順であった。
- 精神病床のみを有する病院では、「15 対 1 精神病棟入院基本料」が 6.1 病棟と最も多く、次いで「精神科救急入院料」3.5 病棟、「精神療養病棟入院料」3.4 病棟、「認知症治療病棟」2.8 病棟、「特殊疾患病棟入院料」1.8 病棟、「精神科急性期治療病棟」1.6 病棟、「医療観察法入院対象者入院医学管理料」1.1 病棟の順であった。
- 精神病院のほか一般病床も有する病院では、「精神療養病棟入院料」が 8.4 病棟と最も多く、次いで「特殊疾患病棟入院料」5.1 病棟、「認知症治療病棟」3.6 病棟、「15 対 1 精神病棟入院基本料」3.5 病棟、「精神科急性期治療病棟」2.8 病棟、「13 対 1 精神病棟入院基本料」2.6 病棟、「10 対 1 精神病棟入院基本料」1.9 病棟の順であった。

AQ3-2. 精神病床の入院料別届出病床数



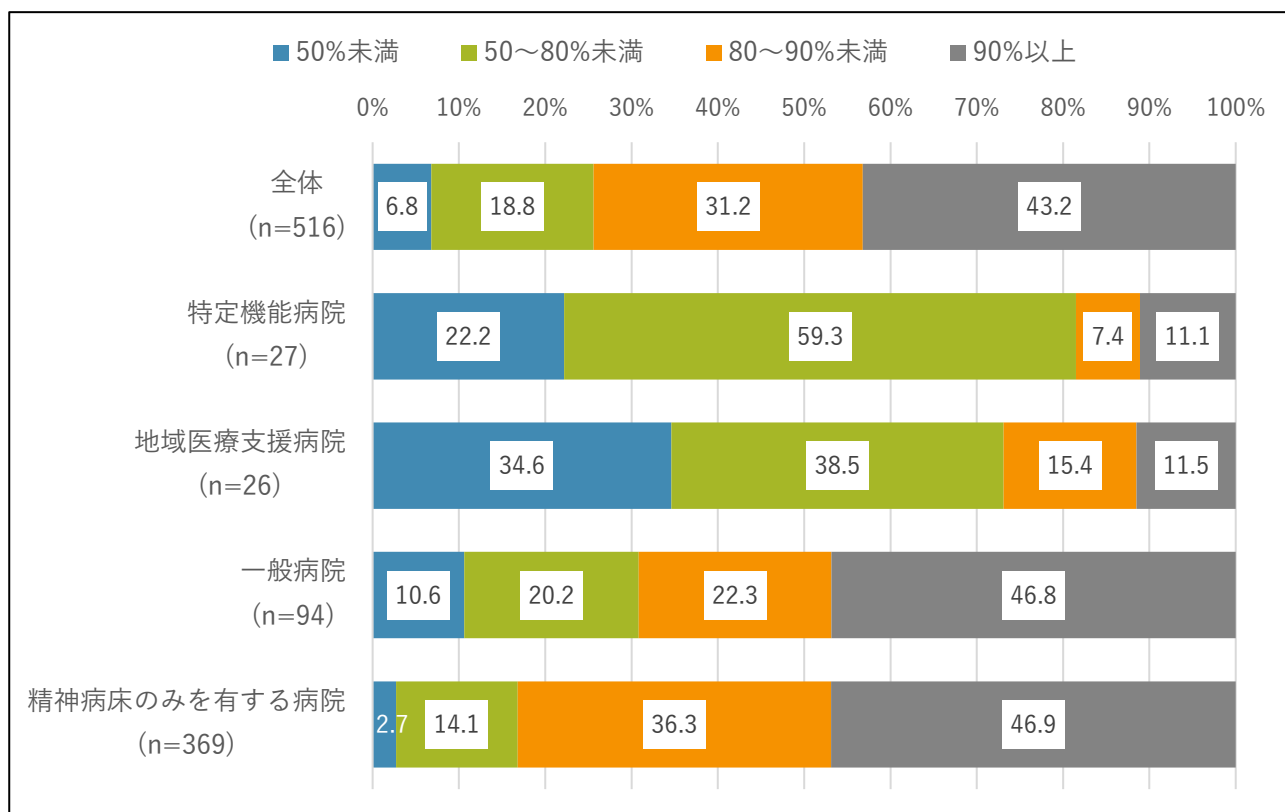
- 精神病床の入院料別の届出病床数の平均をみると、全体では「15 対 1 精神病棟入院基本料」が 122.5 床と最も多く、次いで「精神療養病棟入院料」109.9 床、「認知症治療病棟入院料」63.0 床、「精神科救急入院料」53.6 床、「精神科急性期治療病棟入院料」46.5 床、「特殊疾患病棟入院料」42.6 床、「10 対 1 精神病棟入院基本料」33.4 床、「13 対 1 精神病棟入院基本料」31.1 床、「精神病棟特別入院基本料」27.4 床、「地域移行機能強化病棟入院料」27.4 床の順であった。
- 精神病床のみを有する病院では、「15 対 1 精神病棟入院基本料」が 127.8 床と最も多く、次いで「精神療養病棟入院料」112.4 床、「認知症治療病棟入院料」62.9 床、「精神科救急入院料」56.7 床、「特殊疾患病棟入院料」47.7 床、「精神科急性期治療病棟入院料」47.0 床、「10 対 1 精神病棟入院基本料」43.0 床、「地域移行機能強化病棟入院料」22.6 床、「13 対 1 精神病棟入院基本料」20.8 床の順であった。
- 精神病院のほか一般病床も有する病院では、「15 対 1 精神病棟入院基本料」が 98.4 床と最も多く、次いで「精神療養病棟入院料」97.9 床、「認知症治療病棟入院料」63.3 床、「精神病棟特別入院基本料」51.7 床、「精神科急性期治療病棟入院料」44.5 床、「精神科救急入院料」43.9 床、「13 対 1 精神病棟入院基本料」38.3 床、「特殊疾患病棟入院料」27.2 床、「精神科救急・合併症入院料」24.1 床、「10 対 1 精神病棟入院基本料」23.8 床、「特定機能病院入院基本料(13 対 1)」21.3 床の順であった。

AQ4-1. 精神病床の2021年6月（1か月）の1日平均在院患者数



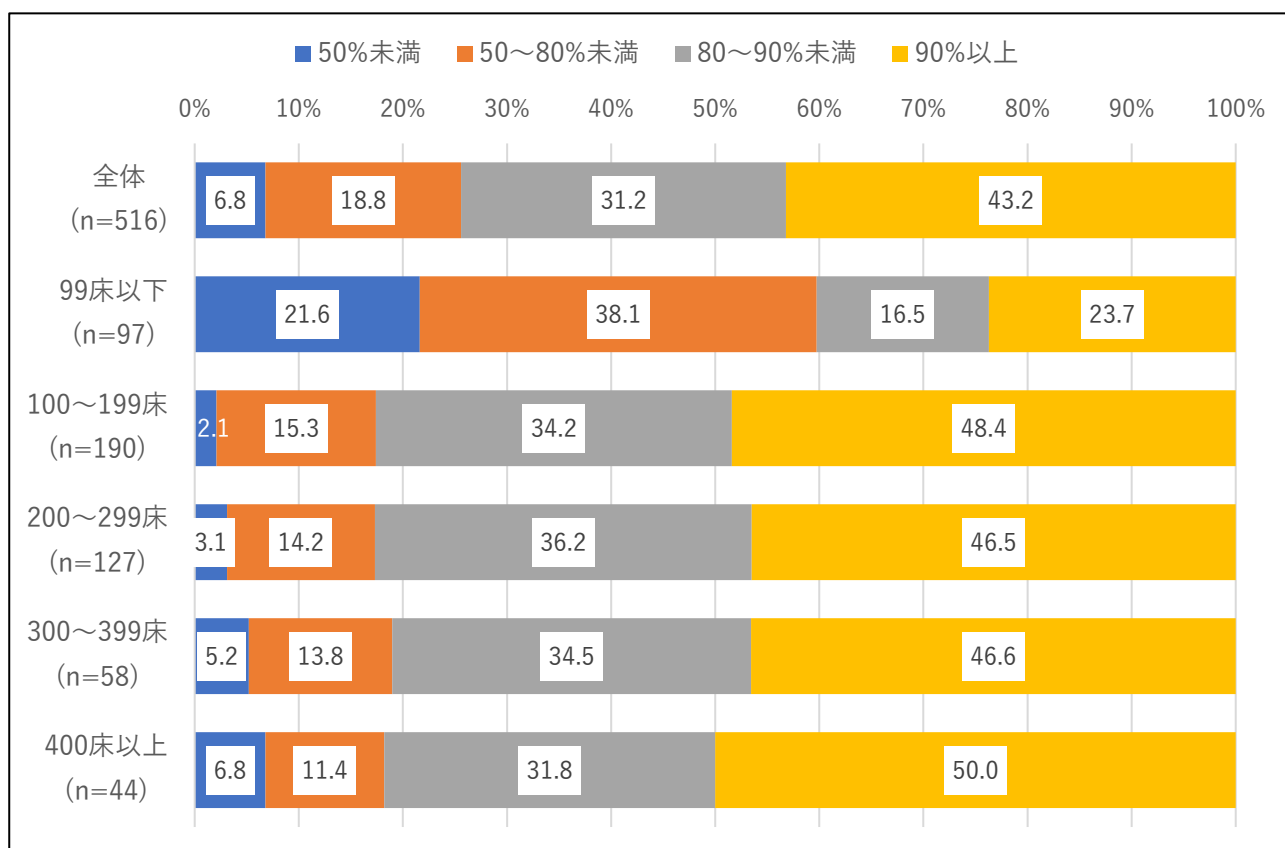
- 精神病床における1日平均在院患者数をみると、全体では「100人～150人未満」が20.7%と最も多く、次いで「150人～200人未満」と「200人～300人未満」がともに20.2%、「50人未満」15.3%、「300人以上」13.0%、「50人～100人未満」10.7%であった。
- 「特定機能病院」では、「50人未満」が96.3%を占め、「50人～100人未満」が3.7%であった。
- 「地域医療支援病院」では、「50人未満」が84.6%を占め、「50人～100人未満」「100人～150人未満」「150人～200人未満」「300人以上」がいずれも3.8%であり、「200人～300人未満」の病院はなかった。
- 「一般病院」では、割合の高い順に「50人未満」25.5%、「50人～100人未満」20.2%、「200人～300人未満」と「300人以上」がともに14.9%、「150人～200人未満」13.8%、「100人～150人未満」10.6%であった。
- 「精神病床のみを有する病院」では、割合の高い順に「100人～150人未満」26.0%、「150人～200人未満」と「200人～300人未満」がともに24.4%、「300人以上」14.1%、「50人～100人未満」9.2%、「50人未満」1.9%であった。

AQ4-2. 精神病床の 2021 年 6 月（1 か月）の平均病床利用率（病院の種類別）



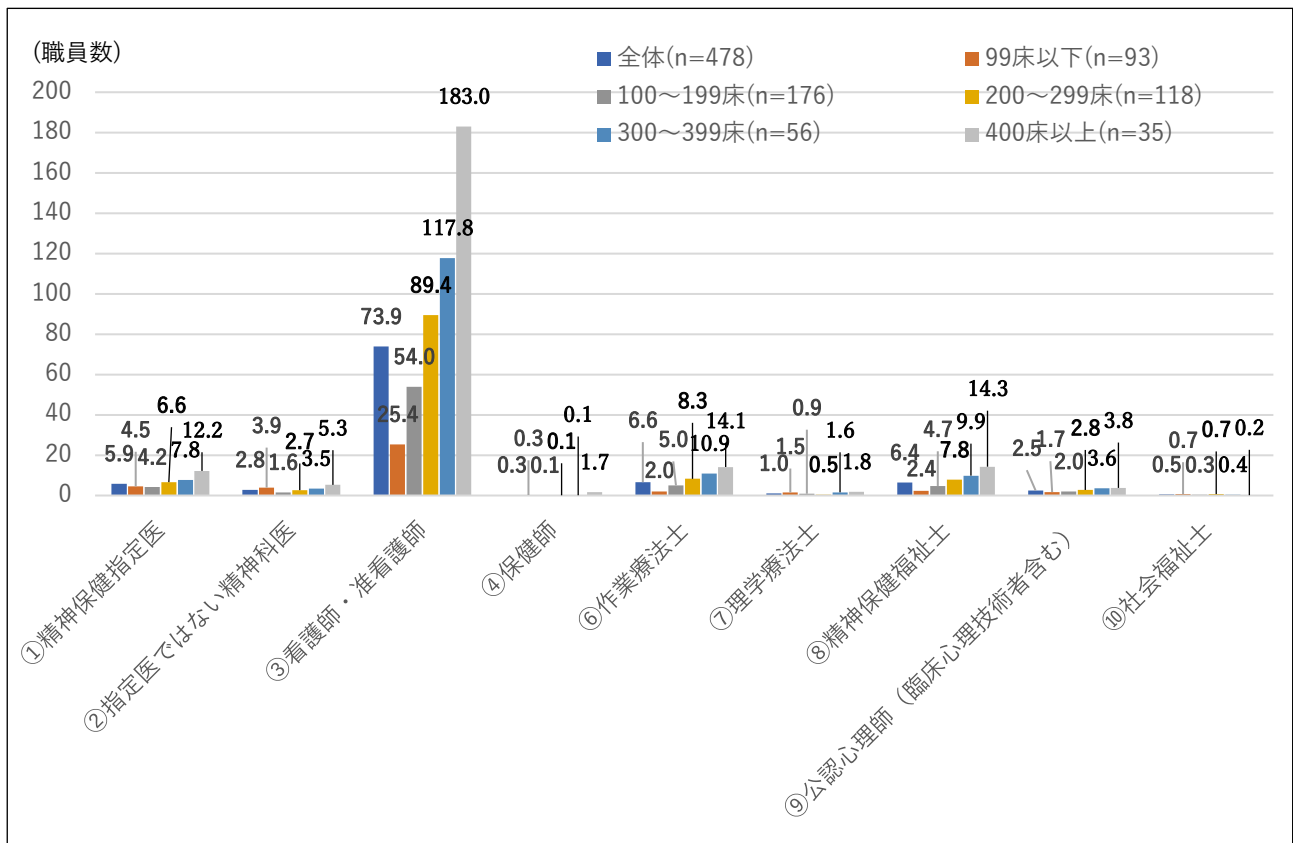
- ・ 精神病床における平均病床利用率をみると、全体では「90%以上」が 43.2%と最も割合が高く、次いで「80%~90%未満」31.2%、「50%~80%未満」18.8%で、「50%未満」も 6.8%あった。
- ・ 「特定機能病院」では、「50%~80%未満」が 59.3%と最も割合が高く、次いで「50%未満」22.2%、「90%以上」11.1%、「80%~90%未満」7.4%の順であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「50%~80%未満」が 38.5%と最も割合が高く、次いで「50%未満」34.6%、「80%~90%未満」15.4%、「90%以上」11.5%の順であった。
- ・ 「一般病院」では、「90%以上」が 46.8%と最も割合が高く、次いで「80%~90%未満」22.3%、「50%~80%未満」20.2%、「50%未満」10.6%の順であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「90%以上」が 46.9%と最も割合が高く、次いで「80%~90%未満」36.3%、「50%~80%未満」14.1%、「50%未満」2.7%の順であった。

AQ4-3. 精神病床の 2021 年 6 月（1 か月）の平均病床利用率（精神病床規模別）



- 精神病床の規模別に平均病床利用率をみると、「99床以下」では「50%～80%」が38.1%と最も割合が高く、次いで「90%以上」23.7%、「50%未満」21.6%、「80%～90%未満」16.5%の順であった。
- 「100床～199床」「200～299床」「300床～399床」「400床以上」では、「90%以上」が5割程度であり、「80%～90%未満」と合わせるといずれも8割を超えており、病床規模による有意差は認められなかった。

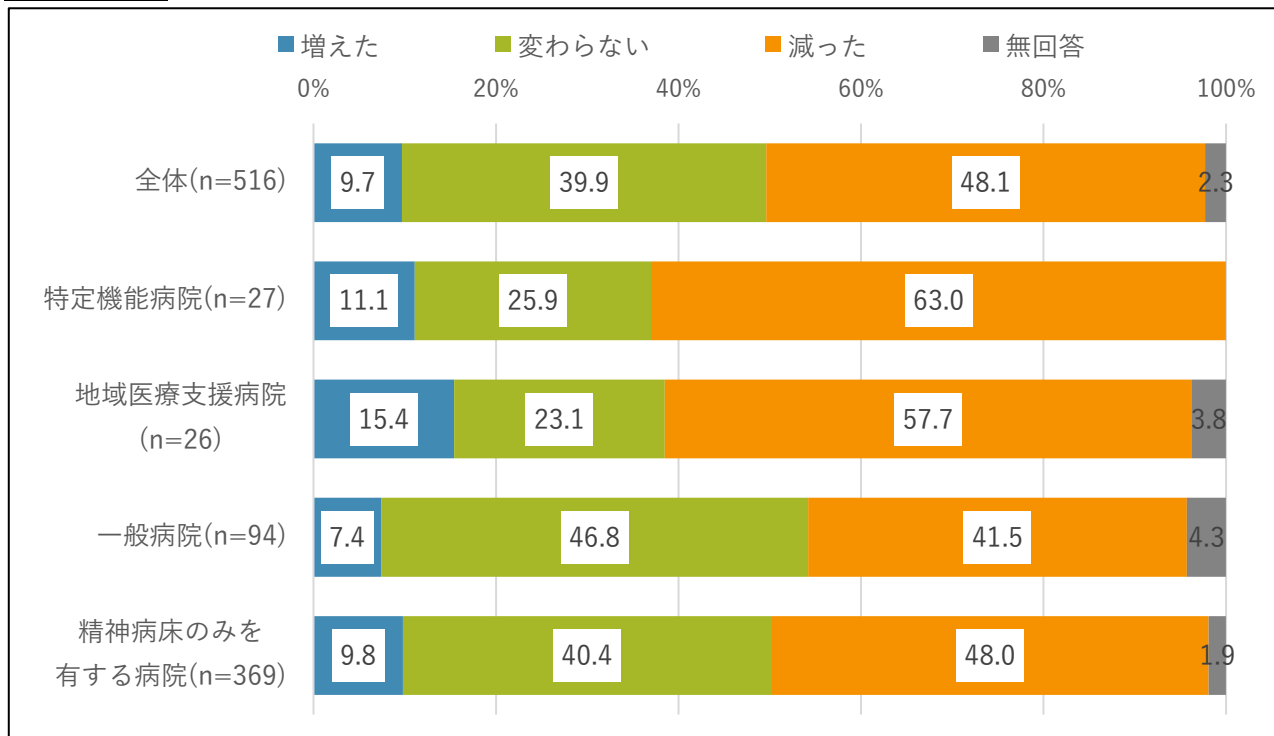
AQ5. 精神病床に従事する（または関わる）職員の配置状況（精神病床規模別）



- 精神病床に従事する（または関わる）職員の配置状況を平均でみると、全体では「精神保健指定医」5.9人、「指定医ではない精神科医」2.8人、「看護師・准看護師」73.9人、「保健師」0.3人、「作業療法士」6.6人、「理学療法士」1.0人、「精神保健福祉士」6.4人、「公認心理士（臨床心理技術者含む）」2.5人、「社会福祉士」0.5人であった。
- 精神病床規模別でみると、「99床以下」では「精神保健指定医」4.5人、「指定医ではない精神科医」3.9人、「看護師・准看護師」25.4人、「保健師」0.3人、「作業療法士」2.0人、「理学療法士」1.5人、「精神保健福祉士」2.4人、「公認心理士（臨床心理技術者含む）」1.7人、「社会福祉士」0.7人であった。
- 「100床～199床」では、「精神保健指定医」4.2人、「指定医ではない精神科医」1.5人、「看護師・准看護師」54.0人、「保健師」0.1人、「作業療法士」5.0人、「理学療法士」0.9人、「精神保健福祉士」4.7人、「公認心理士（臨床心理技術者含む）」2.0人、「社会福祉士」0.3人であった。
- 「200床～299床」では、「精神保健指定医」6.6人、「指定医ではない精神科医」2.7人、「看護師・准看護師」89.4人、「保健師」0.1人、「作業療法士」8.3人、「理学療法士」0.5人、「精神保健福祉士」7.8人、「公認心理士（臨床心理技術者含む）」2.8人、「社会福祉士」0.7人であった。
- 「300床～399床」では、「精神保健指定医」7.8人、「指定医ではない精神科医」3.5人、「看護師・准看護師」117.8人、「保健師」0.1人、「作業療法士」10.9人、「理学療法士」1.6人、「精神保健福祉士」9.9人、「公認心理士（臨床心理技術者含む）」3.6人、「社会福祉士」0.4人であった。

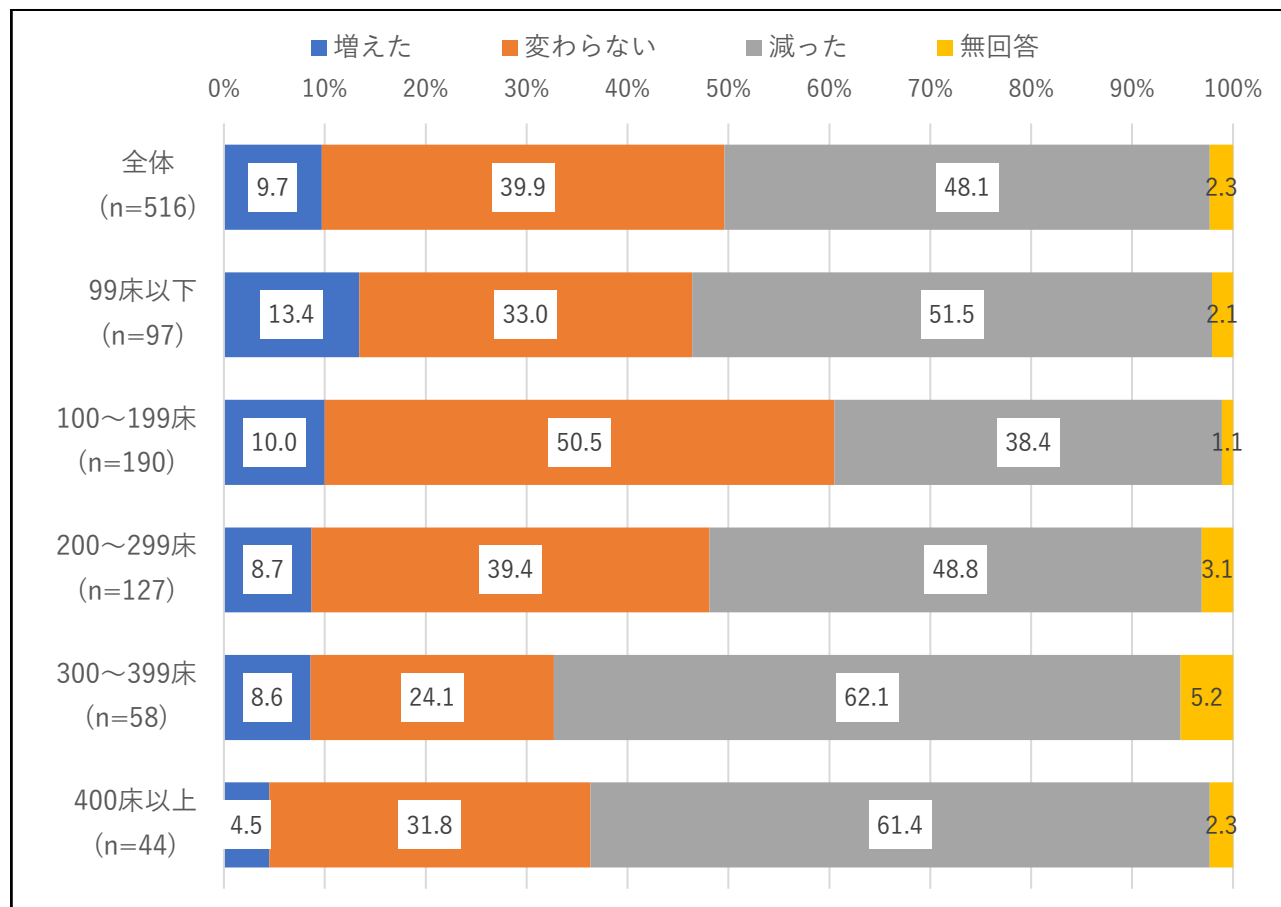
- ・ 「400床以上」では、「精神保健指定医」12.2人、「指定医ではない精神科医」5.3人、「看護師・准看護師」183.0人、「保健師」1.7人、「作業療法士」14.1人、「理学療法士」1.8人、「精神保健福祉士」14.34人、「公認心理士（臨床心理技術者含む）」3.8人、「社会福祉士」0.2人であった。

AQ6-1-①. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「入院者数」の変化（病院の種類別）



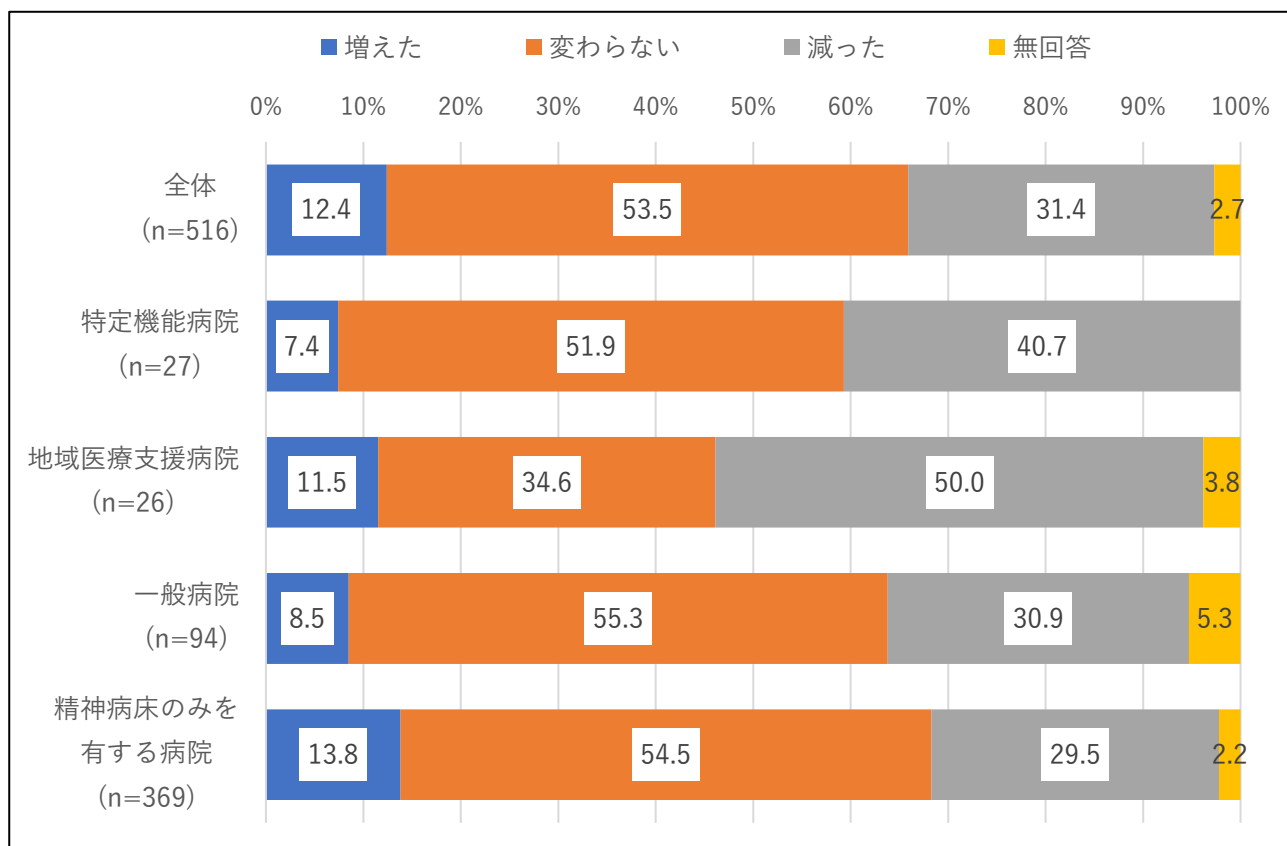
- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による、「入院者数」の変化をみると、全体では「減った」が48.1%と最も多く、「変わらない」39.9%、「増えた」9.7%であった。
- ・ 病院の種類でみると、「特定機能病院」では、「減った」63.0%、「変わらない」25.9%、「増えた」11.1%であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「減った」57.7%、「変わらない」23.1%、「増えた」15.4%であった。
- ・ 「一般病院」では、「減った」41.5%、「変わらない」46.8%、「増えた」7.4%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「減った」48.0%、「変わらない」40.4%、「増えた」9.8%であった。

AQ6-1-②. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「入院者数」の変化（精神
病床規模別）



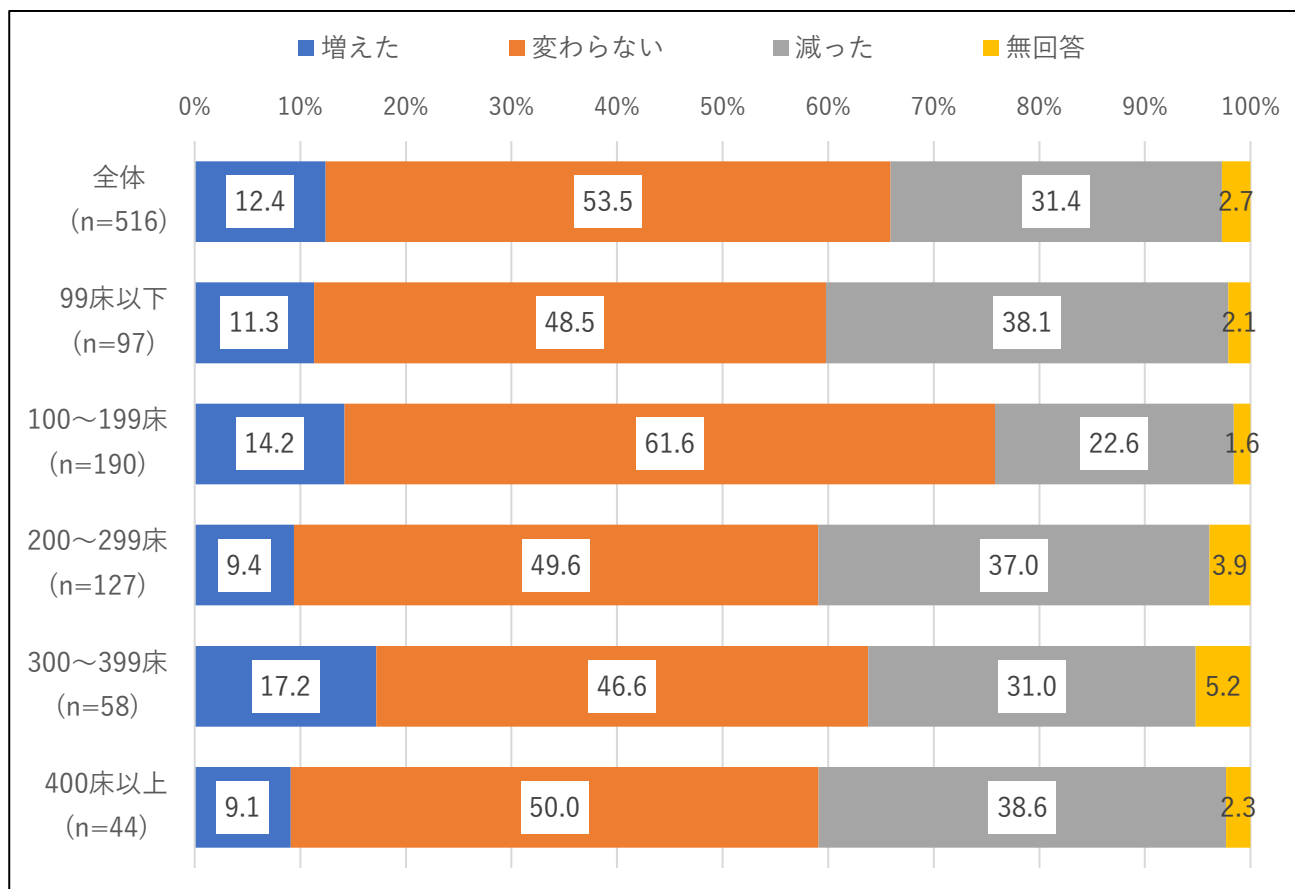
- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「入院者数の変化」を精神病床の規模別で見ると、「99床以下」では「減った」51.5%、「変わらない」33.0%、「増えた」13.4%であった。
- ・ 「100床～199床」では、「減った」38.4%、「変わらない」55.5%、「増えた」10.0%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「減った」48.8%、「変わらない」39.4%、「増えた」8.7%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「減った」62.1%、「変わらない」24.1%、「増えた」8.6%であった。
- ・ 「400床以上」では、「減った」61.4%、「変わらない」31.8%、「増えた」4.5%であった。

AQ6-2-①. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院者数」の変化（病院の種類別）



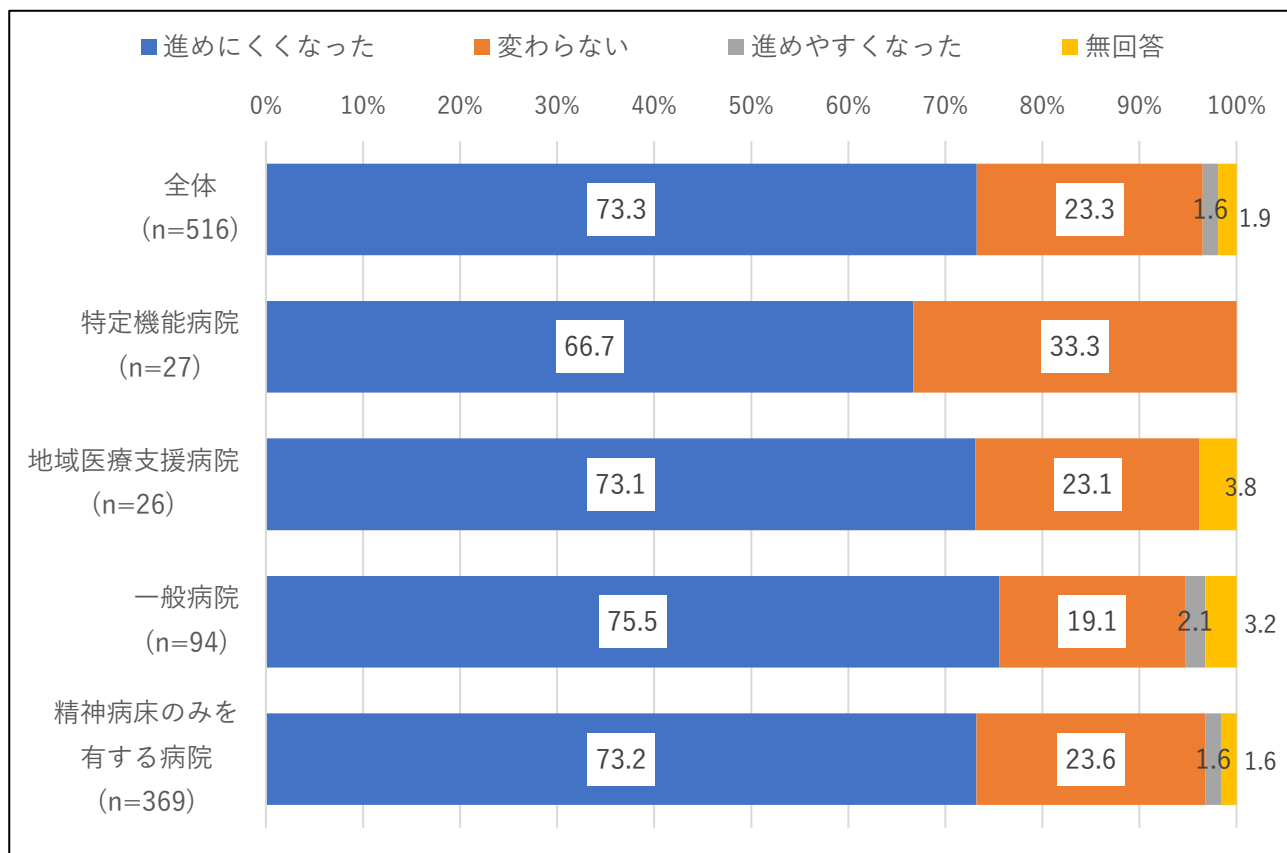
- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院者数の変化」をみると、全体では「変わらない」が53.5%で、「減った」は31.4%、「増えた」は12.4%であった。
- ・ 病院の種類別でみると、「特定機能病院」では、「変わらない」が51.9%で、「減った」は40.7%、「増えた」は7.4%であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「減った」が50.0%で、「変わらない」は34.6%、「増えた」は11.5%であった。
- ・ 「一般病院」では、「変わらない」が55.3%で、「減った」は30.9%、「増えた」は8.5%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「変わらない」が54.5%で、「減った」は29.5%、「増えた」は13.8%であった。

AQ6-2-②. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院者数」の変化（精神病床規模別）



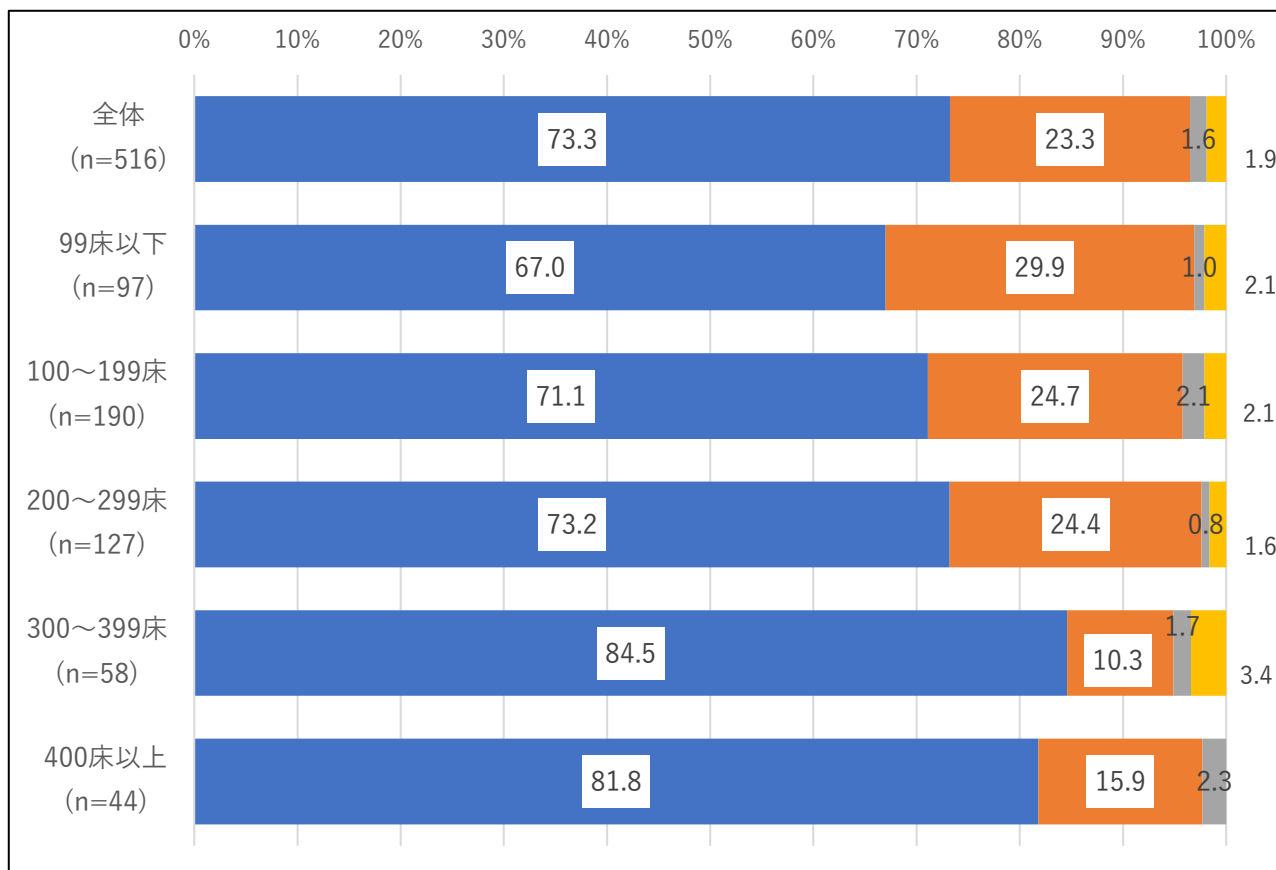
- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院者数の変化」を精神病床の規模別で見ると、「99床以下」では、「変わらない」が48.5%で、「減った」は38.1%、「増えた」は11.3%であった。
- ・ 「100床～199床」では、「変わらない」が61.6%で、「減った」は22.6%、「増えた」は14.2%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「変わらない」が49.6%で、「減った」は37.0%、「増えた」は9.4%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「変わらない」が46.6%で、「減った」は31.0%、「増えた」は17.2%であった。
- ・ 「400床以上」では、「変わらない」が50.0%で、「減った」は38.6%、「増えた」は9.1%であった。

AQ6-3-①. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院調整」の変化（病院種類別）



- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院調整の変化」をみると、全体では「進めにくくなった」が73.3%と高く、「変わらない」は23.3%、「進めやすくなった」は1.6%であった。
- ・ 病院の種類別で見ると、「特定機能病院」では、「進めにくくなった」が66.7%で、「変わらない」は33.3%、「進めやすくなった」と回答したところはない。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「進めにくくなった」が73.1%で、「変わらない」は23.1%、「進めやすくなった」と回答したところはない。
- ・ 「一般病院」では、「進めにくくなった」が73.1%で、「変わらない」は23.3%、「進めやすくなった」は2.1%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「進めにくくなった」が73.2%で、「変わらない」は23.6%、「進めやすくなった」は1.6%であった。

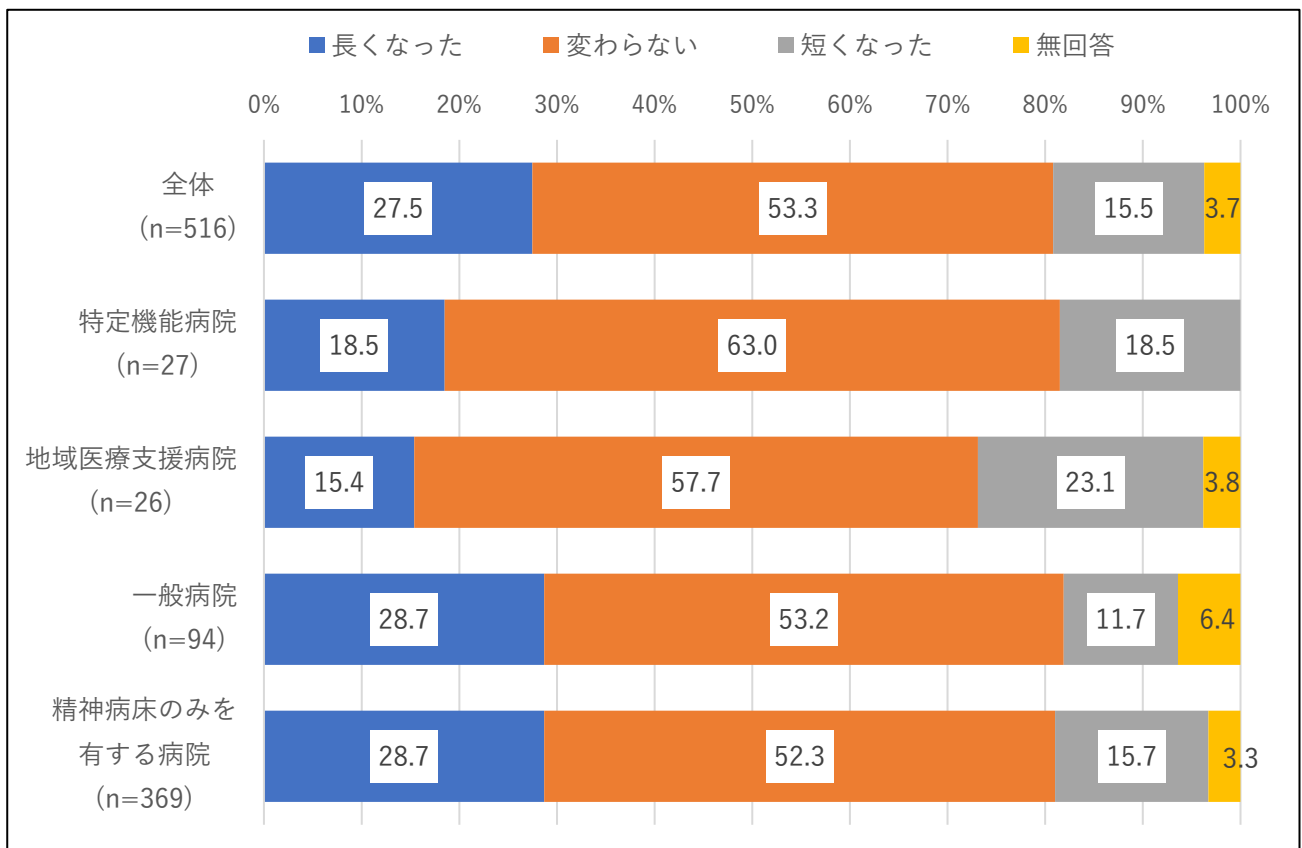
AQ6-3-②. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院調整」の変化（精神
病床規模別）



- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「退院調整の変化」を精神病床の規模別で見ると、「99床以下」では、「進めにくくなった」が67.0%で、「変わらない」は29.9%、「進めやすくなった」は1.0%であった。
- ・ 「100床～199床」では、「進めにくくなった」が71.1%で、「変わらない」は24.7%、「進めやすくなった」は2.1%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「進めにくくなった」が73.2%で、「変わらない」は24.4%、「進めやすくなった」は0.8%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「進めにくくなった」が84.5%で、「変わらない」は10.3%、「進めやすくなった」は1.7%であった。
- ・ 「400床以上」では、「進めにくくなった」が81.8%と高く、「変わらない」は15.9%、「進めやすくなった」は2.3%であった。

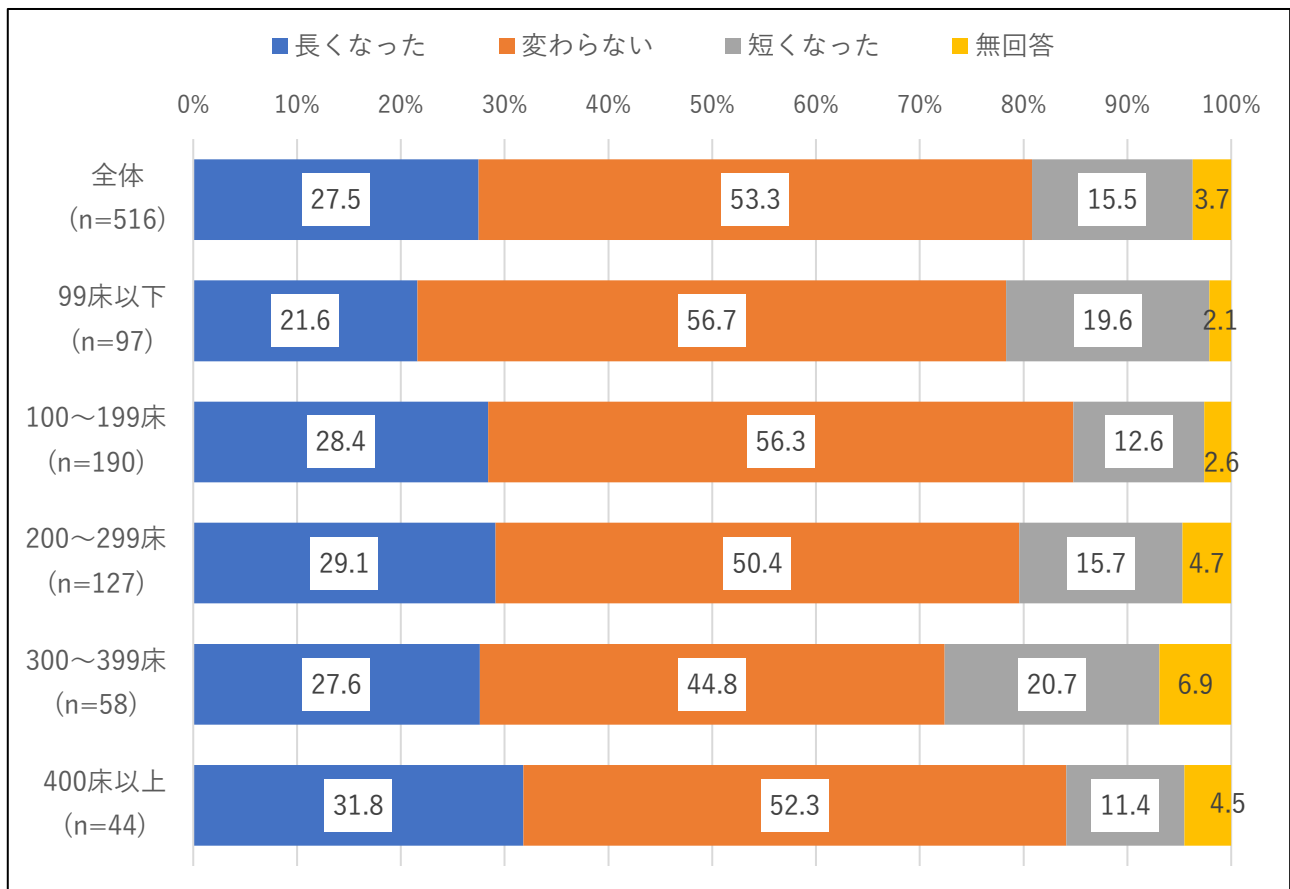
AQ6-4-①. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「平均在院期間」の変化

(病院の種類別)



- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「平均在院期間の変化」をみると、全体では「変わらない」が53.3%で、「長くなった」は27.5%、「短くなった」は15.5%であった。
- ・ 病院の種類別でみると、「特定機能病院」では、「変わらない」が63.0%で、「長くなった」と「短くなった」はともに18.5%であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「変わらない」が57.7%で、「長くなった」は15.4%、「短くなった」は23.1%であった。
- ・ 「一般病院」では、「変わらない」が53.2%で、「長くなった」は28.7%、「短くなった」は11.7%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「変わらない」が52.3%で、「長くなった」は28.7%、「短くなった」は15.7%であった。

AQ6-4-②. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「平均在院期間」の変化
(精神病床規模別)



- ・ 2019年度と2020年度との比較における新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「平均在院期間の変化」を精神病床の規模別で見ると、「99床以下」では、「変わらない」が56.7%で、「長くなった」は21.6%、「短くなった」は19.6%であった。
- ・ 「100床～199床」では、「変わらない」が56.3%で、「長くなった」は28.4%、「短くなった」は12.6%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「変わらない」が50.4%で、「長くなった」は29.1%、「短くなった」は15.7%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「変わらない」が44.8%で、「長くなった」は27.6%、「短くなった」は20.7%であった。
- ・ 「400床以上」では、「変わらない」が52.3%で、「長くなった」は31.8%、「短くなった」は11.4%であった。

AQ6-5. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「その他」の変化（自由記述）

- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響による「その他」の変化に関する自由記述をカテゴリー分類したところ、下記の通りの結果であった（括弧内は件数）。

■精神科病床が感染症対応病床等へ転用（9）

- ・ 精神科病床が感染症対応病床へ転用となり、通常精神科患者受け入れが制限された。

■退院先施設・転院先病院に受け入れ制限が生じた（15）

- ・ 退院先施設や転院先病院が、一時受け入れ停止や、受け入れに一定の期間経過の制限を設けたこと等により、退院や転院の選定が難しくなったり、患者の在院日数が延長となるなどがあった。

■入院相談件数の減少、外来患者・デイケア参加人数の減少（10）

- ・ 入院相談の件数及び外来患者やデイケア参加人数が減少した。新型コロナウイルスの感染防止のため、外出（特に長時間の移動）が抑制されたためと思われる。

■病院内でクラスター発生や職員に濃厚接触者が出たことなどで患者の入退院を停止や制限の対応をせざるを得なくなった（9）

■入院受け入れ時の感染対策でベッドコントロールに困難・入院者数が制限された（15）

- ・ 感染対策のため入院初期（PCR検査結果が出るまで／3日／1週間程度など）は個室対応としたため、前年度までのような受け入れ方はできなかった。
- ・ 個室対応の費用負担などで入院できない事例もあった。

■感染対策で業務の手数が増え、入院受け入れ時等に時間を要するようになった（32）

- ・ 感染対策のため、PCR検査実施や来歴の確認、書類の増加、直近に県外外出されている方は2週間経過してからの受け入れなど、陰性を確認するまでは慎重な対応が求められ、入院時の受け入れに以前より時間を要するようになった。

■感染対策で業務の手数が増え、入院受け入れ時等に時間を要するようになった（32）

- ・ 感染対策のため、PCR検査実施や来歴の確認、書類の増加、直近に県外外出されている方は2週間経過してからの受け入れなど、陰性を確認するまでは慎重な対応が求められ、入院時の受け入れに以前より時間を要するようになった。

■退院支援委員会やケア会議の開催が困難・延期となった（5）

- ・ 病院内で感染者が発生・感染防止対策などから従来の院外参加者を参集することが難しく、設定が困難となった。
- ・ また、クラスター発生などで会議開催を延期せざるを得ないことがあった。

■感染拡大防止のため、外部との接触機会に多くの抑制があり、退院調整が進みにくくなった（148）

- ・ 感染予防対策として院外との接触に制限が多くあった。

- ・ 面会の制限、従来の施設見学（外出・試験外泊）や他機関を交えてのケア会議等が実施できず、丁寧な退院調整がしづらい状況があった。
- ・ パンフレットのみでの退院手続きを踏まざるを得ないなどで、不安も大きく、十分なサポートができていないと感じた。
- ・ これにより退院調整に時間がかかり、退院調整は進めにくくなった。
- ・ 不十分な調整の結果の退院者は、再入院ケースも見られた。

■ Web 面会等のオンライン対応が進んだ（6）

- ・ コロナ禍を受けてリモート会議・リモート面会システムの導入が進み、これまで物理的・時間的理由から退院調整に参加できなかった方も参加しやすくなったというメリットも発生しているように感じる。

■ 病院内の患者についての印象（変化）

- ・ これまでの余暇活動などができず体調を崩す患者が多くなった印象
- ・ 病院全体の方針として外出、外泊、面会が禁止となったため、休息目的の任意入院となるような患者さんの入院希望が減った（制限が多くなるため、入院するメリットがあまり感じられない）。
- ・ 外出制限が続き、患者さんたちが外出できない環境に慣れてきてしまい、退院意欲も下がってしまっている。
- ・ 退院先施設も病院も外出自粛や制限があったため、タイミングを逸してしまい、患者さんの退院や利用に対する意欲が低下してしまう事例が少なからず発生した。
- ・ 対面機会や外出機会が減ることで長期に入院している患者への働きかけが限られ、お互いに閉塞感を持っている。なかには、「ずっと入院させられる」という思いまで発展し、悲観している患者も存在する。
- ・ 外出・外泊、面会等に制限が設けられた状態が続いている事がストレスとなってきた患者も見受けられる。
- ・ 外出できないことで病状不安定になる方も多かった
- ・ 長期在院者の退院に関するモチベーションが低くなった。
- ・ 外出、外泊の制限、面会謝絶の期間が長引くにつれて病状悪化した患者様がおられた
- ・ 面会や外出制限等によるストレスからか暴力アクシデントが増加した。

■ 入院してくる患者・相談事例についての印象（変化）

- ・ 思春期の入院患者が増えた
- ・ 感染拡大状況で相談件数の波があった。感染者数が増加すると相談は減った。
- ・ 施設入所中の高齢者に関して、BPSD 治療目的の入院相談が減少した。
- ・ 年齢層が下がった。
- ・ コロナ禍で家族が診れなくなったような入院相談が増えた感覚があります。
- ・ 認知症の初診相談は、地方ということもあり正月やお盆などの子らの帰省で異変に気付き受診に繋がるが多かったが、ここ2年弱そういったケースが少ない印象。
- ・ 若年層の気分障害、神経症の新規受診希望者が増えた印象があります。
- ・ 新型コロナが流行し始めた時には、コロナ関連での妄想や不安を訴える患者があった。
- ・ コロナ感染症による不安感やうつ症状の相談件数が増加。
- ・ 医療保護入院者が増えた

- ・ 感染者の使用病床数に影響を受けた。公立病院など新型コロナウイルス感染症患者を受け入れしている医療機関が一般の患者を受け入れできない場合に当院に紹介されるケースが増えている。
- ・ 対面相談が減り、認知症においては入院相談が増加している。関係機関が入院に至る前の介入が遅れることが影響している（包括支援センター他関係機関との話より）。
- ・ また、感染を懸念して社会資源（障害・介護保険）の利用を控えることにより病状悪化につながり入院に至るケースが目立った。
- ・ インフルエンザの患者数が減った。
- ・ 面会、外出、外泊を遠慮いただくことで、入院そのものを躊躇されるケースが見受けられた。
- ・ 患者さんの外出や外泊が思うように出来ず、行動範囲が狭まった。また、再入院される患者さんもおられた。
- ・ コロナのストレスで調子を崩す方も多かった印象がある。
- ・ COVID-19による社会生活様式の変化により徐々に不応を起こし受診や入院するケースがあった。施設見学や外泊体験もできず、短期間での再入院も増えたように思う。

■感染防止のため病院内のプログラムが中止・内容縮小や、実習生等受け入れの制限が生じた（5）

- ・ 外部講師や外来の方を交えたプログラムが実施できなかつたり、実習生受け入れの制限・ボランティアの出入り中止が生じた。
- ・ 地域を対象とした病院行事が開催中止となった。

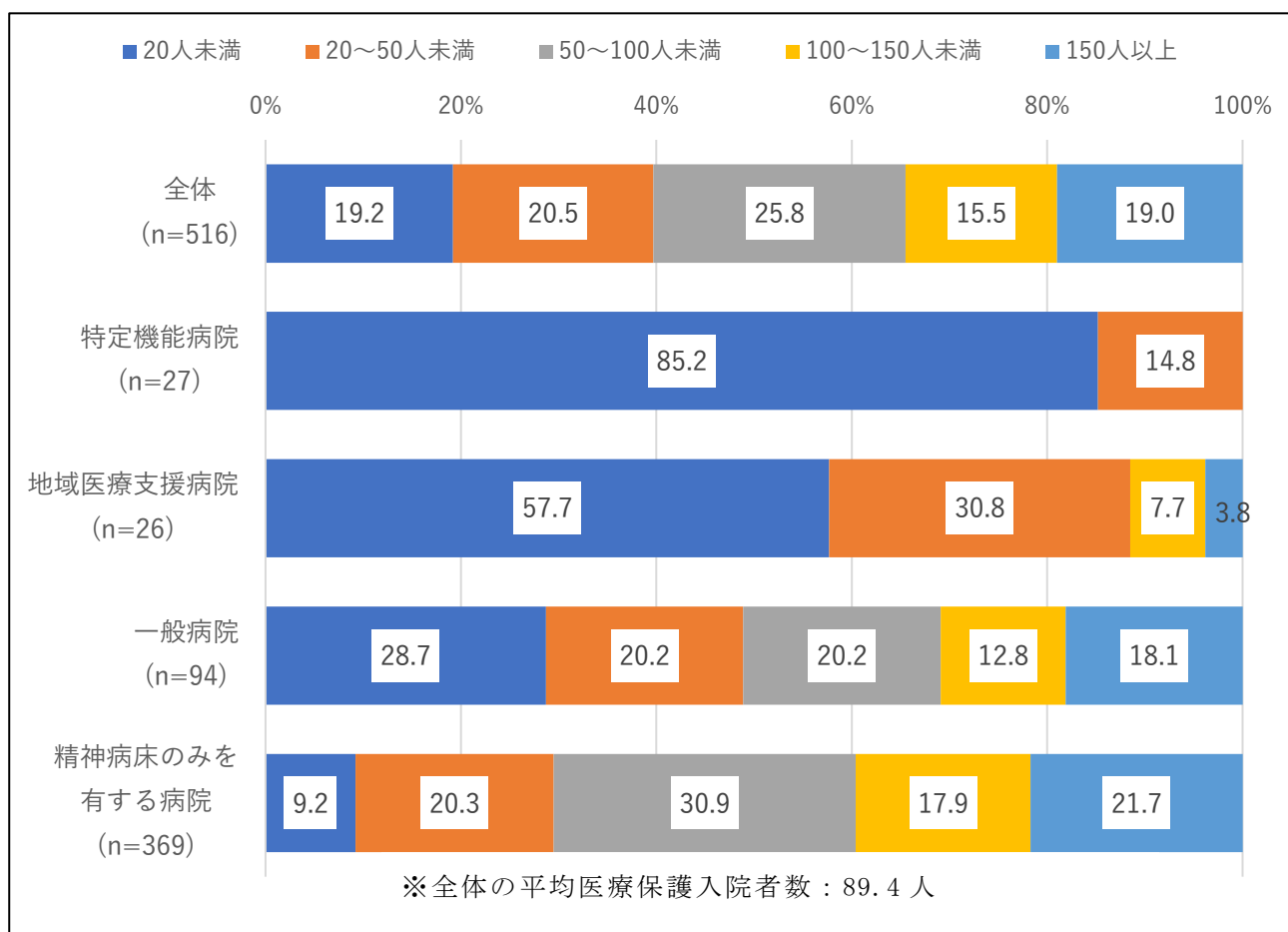
■その他内容

- ・ 病院内の面会制限があることで、逆に施設への退院が促進された。また、新型コロナウイルスに罹患している可能性が低いことでも、施設への退院（受け入れ）が増えたという声もあった。
- ・ コロナ禍で家族も退院調整で動くことを敬遠される場合もあった。
- ・ 感染対策で外出や外泊、見学などが抑制され、退院後の生活の想定が難しく、家族の受け入れもより消極的になっている印象がある。
- ・ 入院患者数の減少による診療収益減。
- ・ 入院相談が増え、待機者リストを作るようになった。
- ・ 自助グループへの参加がしにくくなった。
- ・ 何をしても、雰囲気やガバナンスに対しての緊張度が増した。結果、外部機関に対してもそれは伝わり、地域全体に於いて連携や退院支援の遅延に繋がったと感じています。
- ・ 影響かどうかわからいが、入退院数は増加した。
- ・ 退院支援時に転院を用いて、退院先に近い環境からの調整とする方が増えた。
- ・ 4%入院数が減少している。全体的に少し影響がみられているように感じる。平均在院日数も7日長くなっている。
- ・ 作業療法や精神科デイケアの算定数なども減っている。
- ・ 退院支援業務が制限・縮小したことにより、「出来ることが減り早々に退院になる方」と「出来ないことが増え退院が困難になる方」に二極化された。
- ・ コロナの感染状況下で民間病院への入院を断られて当病院への入院依頼が増え病床の空きがなく受け入れに苦慮することが多くなった。

- ・ クラスターが発生したため退院数がかかなり増えた。
- ・ 身体合併症患者受け入れ、他診療科からの転科依頼増加の一方、公立の精神科単科病院がCOVID-19感染患者受け入れの為に病床再編等により、環境調整・療養目的患者の受け入れをセーブされたことで、特定機能病院でありながら同目的での長期入院者を許容せざるを得ない状態。慢性的に病床数、マンパワーともに不足している。更に時期によっては感染拡大地域への派遣要請により医師、看護師は更に不足する。

医療保護入院者の退院促進措置について

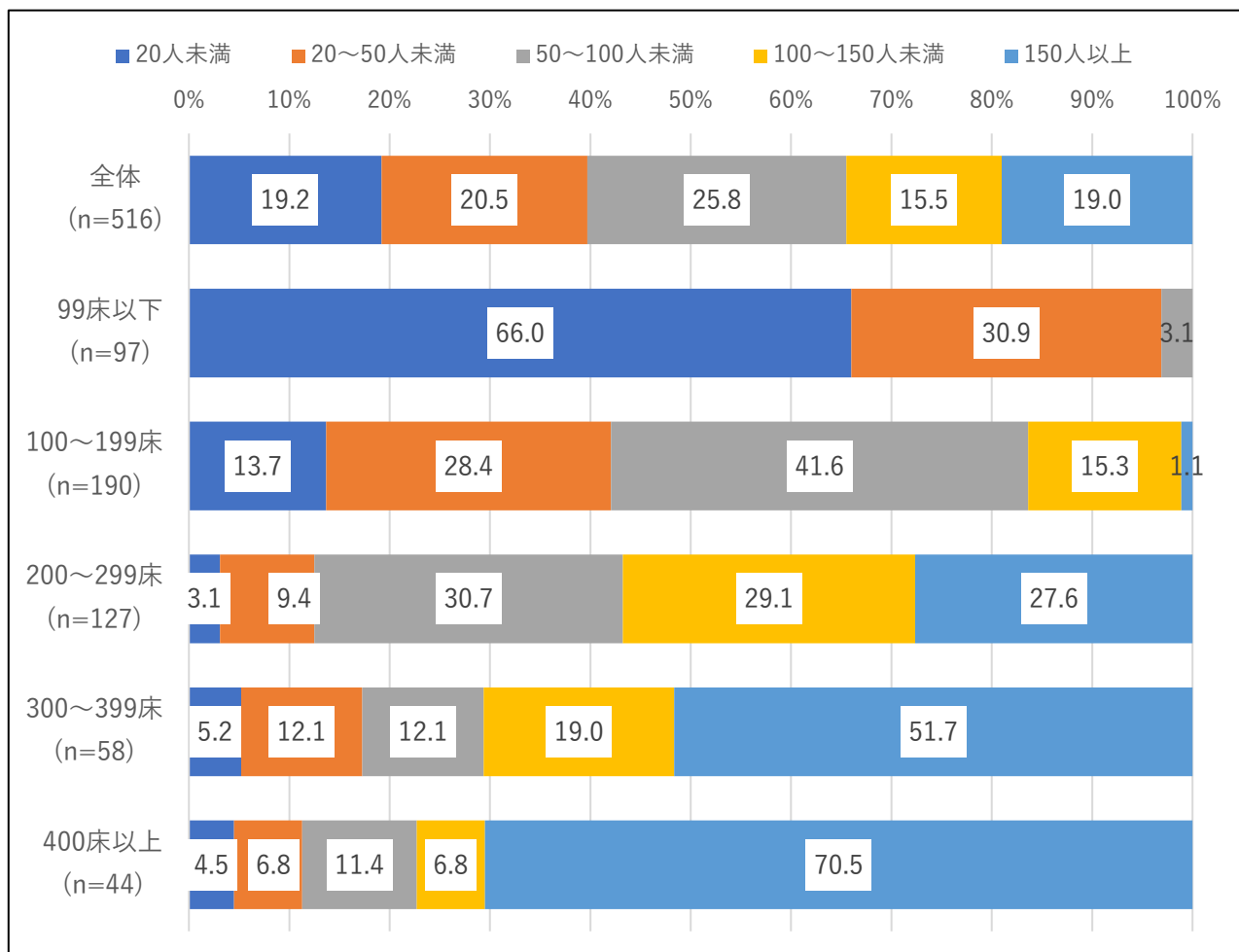
AQ7-1. 2021年6月30日時点の医療保護入院者数（病院の種類別）



- ・ 2021年6月30日時点の医療保護入院者数をみると、全体では「50人～100人未満」が25.8%と最も割合が高く、次いで「20人～50人未満」20.5%、「20人未満」19.2%、「150人以上」19.0%、「100人～150人未満」15.5%の順であった。
- ・ 「特定機能病院」では、「20人未満」が85.2%を占めており、「20人～50人未満」が14.8%であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「20人未満」が57.7%で、次いで「20人～50人未満」30.8%、「100人～150人」7.7%、「150人以上」3.8%であった。
- ・ 「一般病院」では、割合の高い順から「20人未満」28.7%、「20人～50人未満」と「50人～100人未満」がともに20.2%、「150人以上」18.1%、「100人～150人」12.8%であった。

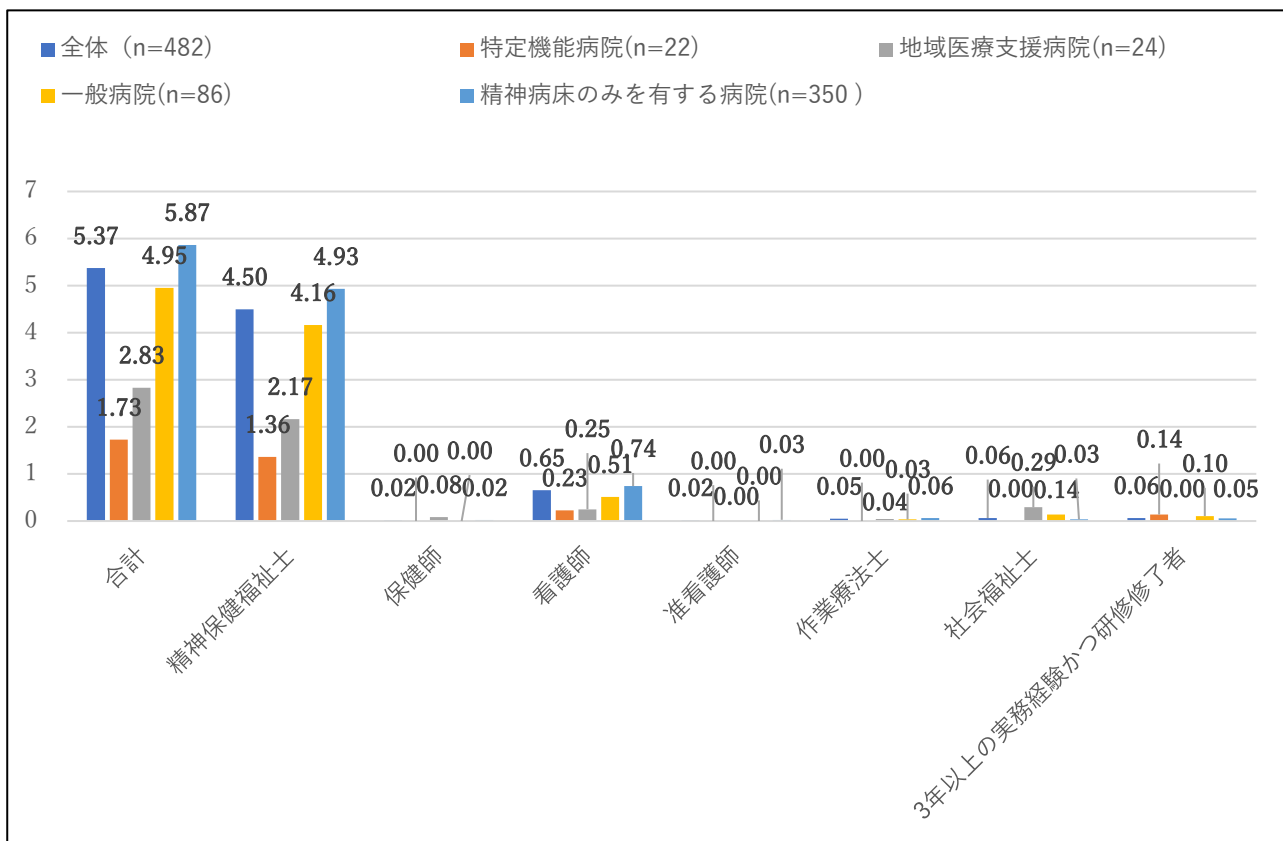
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、割合の高い順から「50人～100人未満」30.9%、「150人以上」21.7%、「20人～50人未満」20.3%、「100人～150人」17.9%、「20人～50人未満」9.2%であった。

AQ7-2. 2021年6月30日時点の医療保護入院者数（精神病床規模別）



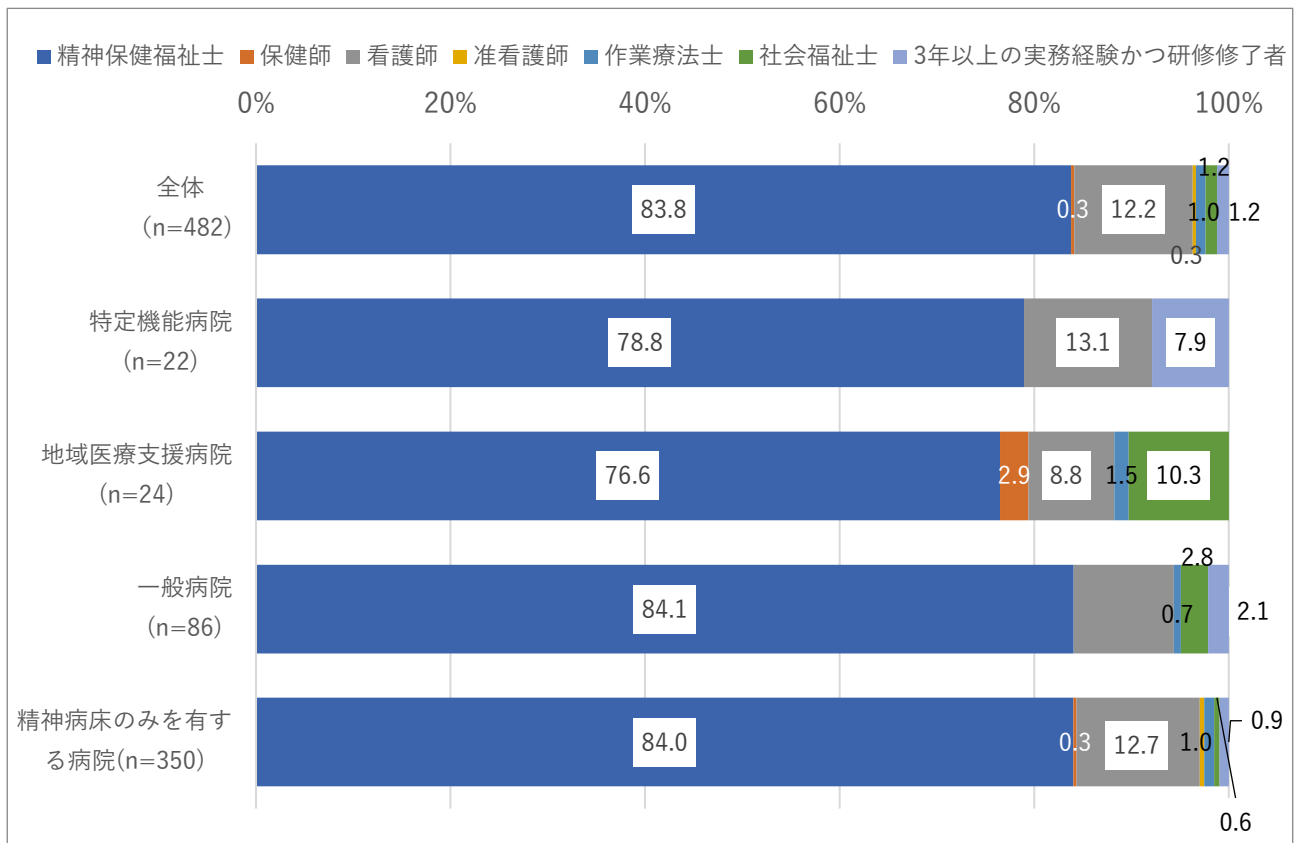
- ・ 2021年6月30日時点の医療保護入院者数を精神病床規模別でみると、「99床以下」では「20人未満」が66.0%を占め、「20人～50人未満」30.9%、「50人～100人未満」3.1%であった。
- ・ 「200床～299床」では、割合の高い順から「50人～100人未満」30.7%、「100人～150人」29.1%、「150人以上」27.6%、「20人～50人未満」9.4%、「20人未満」3.1%であった。
- ・ 「300床～399床」では、割合の高い順から「150人以上」51.7%、「100人～150人」19.0%、「50人～100人未満」と「20人～50人未満」がともに12.1%、「20人未満」5.2%であった。
- ・ 「400床以上」では、割合の高い順から「150人以上」が70.5%を占め、次いで「50人～100人未満」11.4%、「100人～150人」6.8%、「20人～50人未満」6.8%、「20人未満」4.5%であった。

AQ8-1. 退院後生活環境相談員の職種別選任状況（病院の種類別選任数）



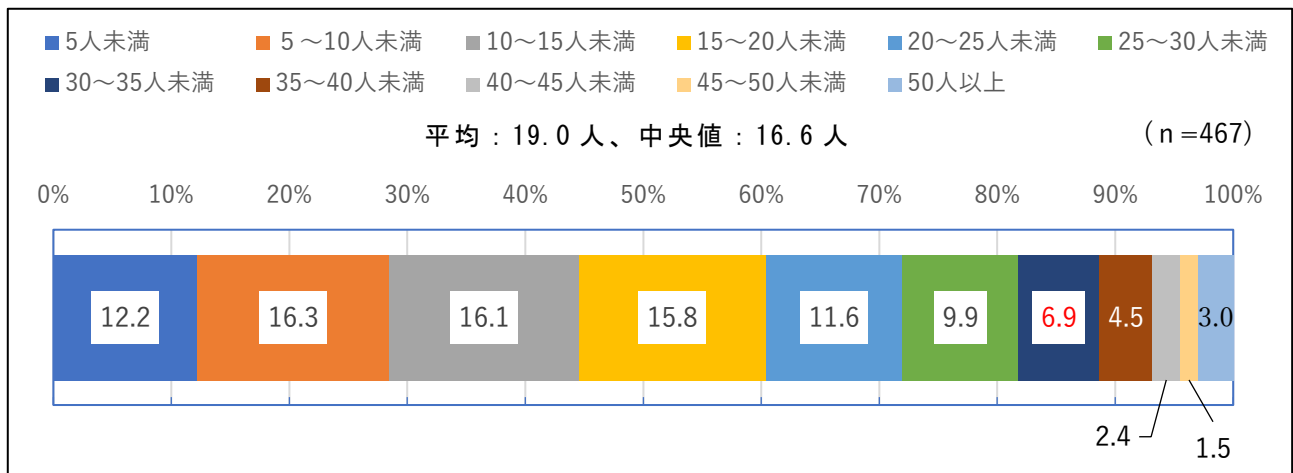
- ・ 2021年6月30日時点の退院後生活環境相談員の平均専任人数は「全体」では5.37人であり、病院の種類別で見ると、「特定機能病院」1.73人、「地域医療支援病院」2.83人、「一般病院」4.95人、「精神病床のみを有する病院」5.87人であった。
- ・ 退院後生活環境相談員の職種別選任人数を病院の種類別にみると、全体では「精神保健福祉士」4.50人、「保健師」0.02人、「看護師」0.65人、「准看護師」0.02人、「作業療法士」0.05人、「社会福祉士」0.06人、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」0.06人であった。
- ・ 「特定機能病院」では、「精神保健福祉士」1.36人、「保健師」0人、「看護師」0.23人、「准看護師」0人、「作業療法士」0人、「社会福祉士」0人、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」0.14人であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「精神保健福祉士」2.17人、「保健師」0.08人、「看護師」0.25人、「社会福祉士」0.29人、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」0人であった。
- ・ 「一般病院」では、「精神保健福祉士」4.16人、「保健師」0人、「看護師」0.51人、「社会福祉士」0.14人、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」0.10人であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「精神保健福祉士」4.93人、「保健師」0.02人、「看護師」0.74人、「作業療法士」0.06人、「社会福祉士」0.03人、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」0.05人であった。

AQ8-2. 退院後生活環境相談員の職種別割合（病院の種類別）



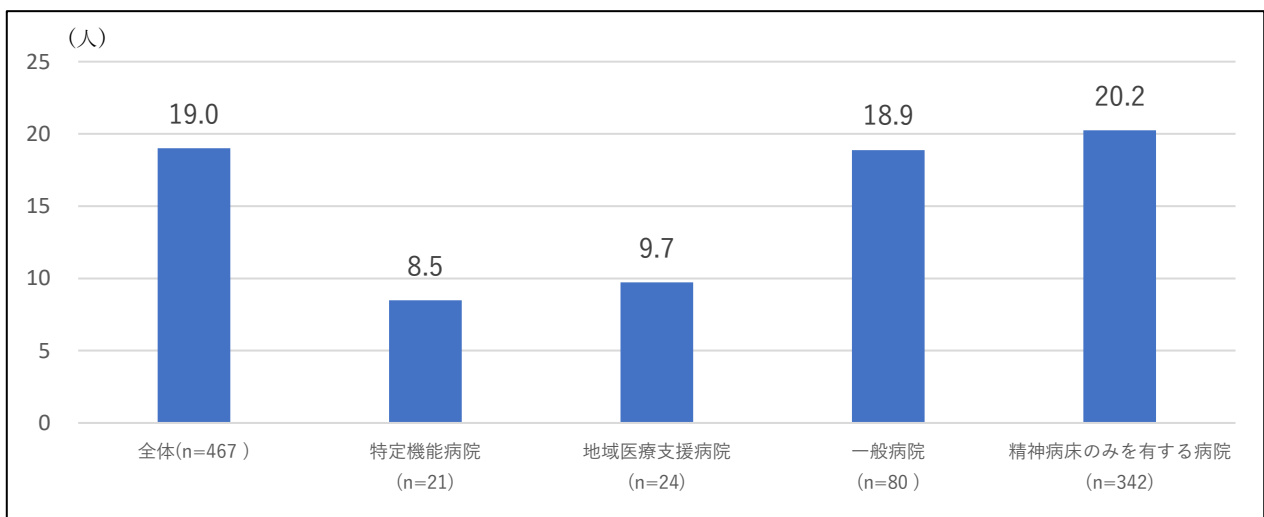
- ・ 2021年6月30日時点の退院後生活環境相談員の専任数を職種別の割合で見ると、全体では「精神保健福祉士」が83.8%と最も割合が高く、次いで「看護師」12.2%、「社会福祉士」と「3年以上の実務経験かつ研修修了者」がともに1.2%、「作業療法士」1.0%、「保健師」と「准看護師」とともに0.3%であった。
- ・ 病院の種類別にみると、「特定機能病院」では、「精神保健福祉士」が78.8%と最も割合が高く、次いで「看護師」13.1%、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」7.9%の順で、「保健師」「准看護師」「作業療法士」の選任はなかった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「精神保健福祉士」が76.6%と最も割合が高く、次いで「社会福祉士」10.3%、「看護師」8.8%、「保健師」2.9%、「作業療法士」1.5%の順で、「准看護師」「3年以上の実務経験かつ研修修了者」の選任はなかった。
- ・ 「一般病院」では、「精神保健福祉士」が84.1%と最も割合が高く、次いで「看護師」10.3%、「社会福祉士」2.8%、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」2.1%、「作業療法士」0.7%で、「保健師」と「准看護師」の選任はなかった。
- ・ 「精神病院のみを有する病院」では、「精神保健福祉士」が84.0%と最も割合が高く、次いで「看護師」12.7%、「作業療法士」1.0%、「3年以上の実務経験かつ研修修了者」0.9%、「社会福祉士」0.6%、「准看護師」0.4%、「保健師」0.3%の順であった。

AQ7×AQ8-① 退院後生活環境相談員 1人あたり医療保護入院者数



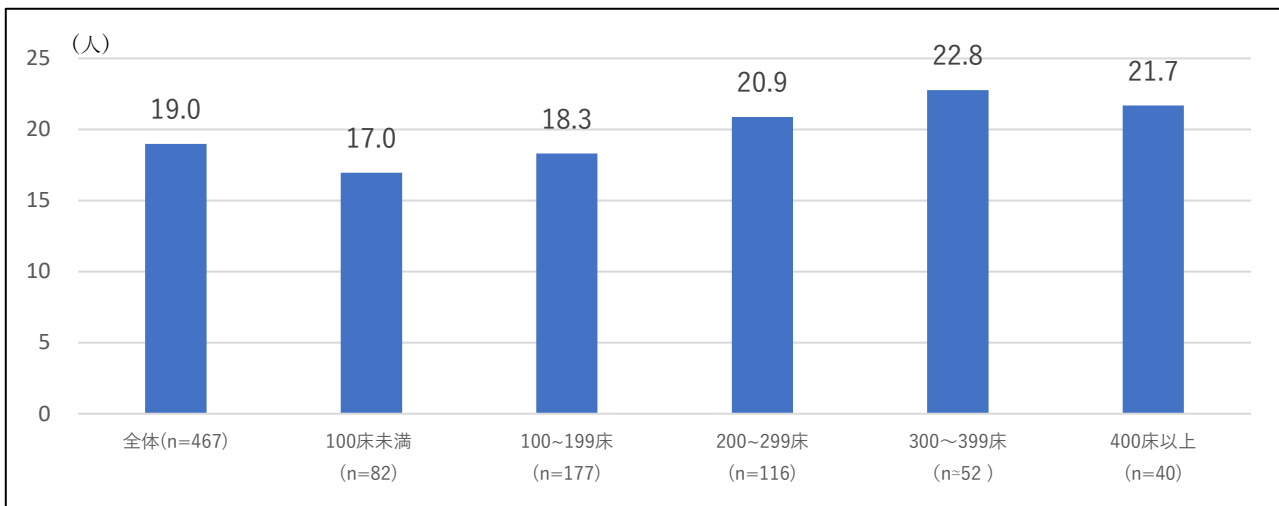
- ・ AQ7 の医療保護入院数と AQ8 の退院後生活環境相談員の選任数から、医療機関における退院後生活環境相談員 1人あたりの担当する医療保護入院者数をみると、平均では 19.0 人、中央値 16.6 人であった。
- ・ 1人あたり医療保護入院者数の規模別でみると、割合が高い順から「5人～10人未満」16.3%、「10人～15人未満」16.1%、「15人～20人未満」15.8%、「5人未満」12.2%、「20人～25人未満」11.6%、「25人～30人未満」9.9%、「30人～35人未満」6.9%、「35人～40人未満」4.5%、「50人以上」3.0%、「40人～45人未満」2.4%、「45人～50人未満」1.5%であった。
- ・ 「25人未満」が全体の 81.9%を占めていた。

<AQ7×AQ8-② 退院後生活環境相談員 1人あたり医療保護入院者数（病院の種類別）>



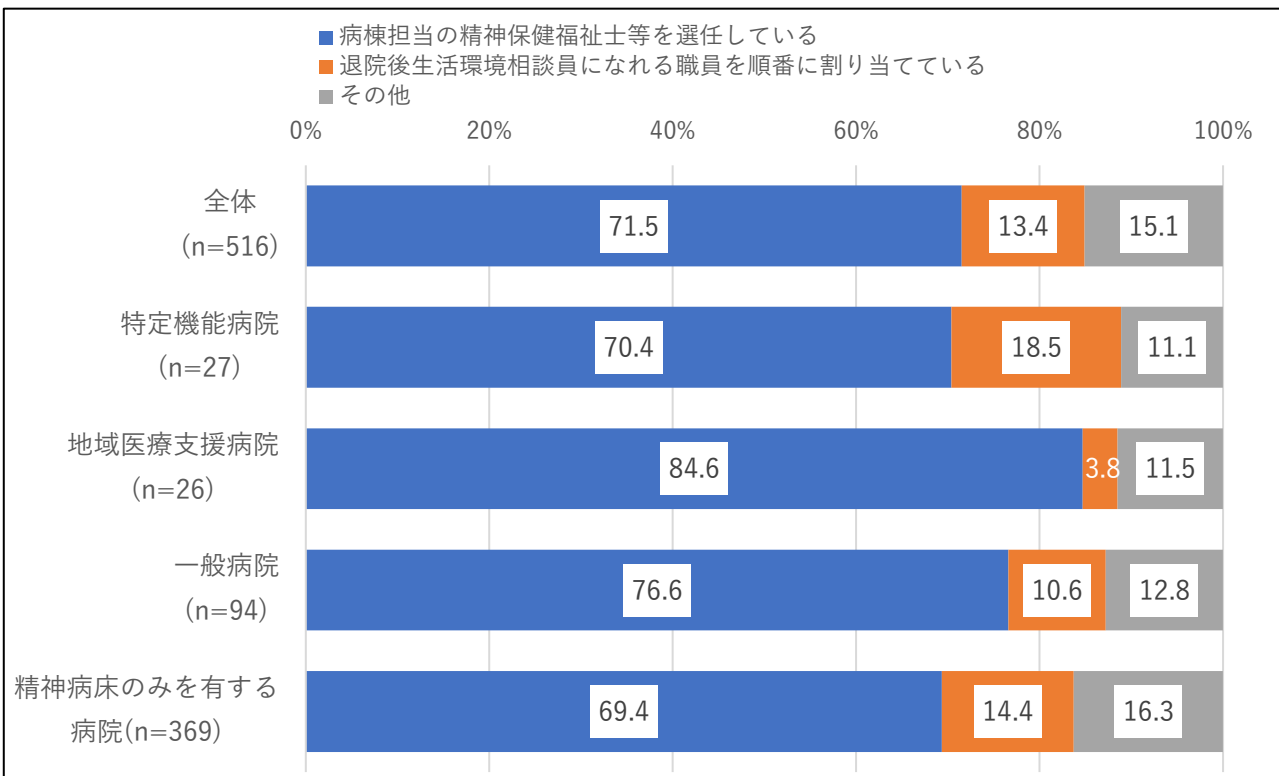
- ・ 医療機関における退院後生活環境相談員 1人あたり医療保護入院者担当数を病院の種類別でみると、「特定機能病院」8.5人、「地域医療支援病院」9.7人、「一般病院」18.9人、「精神病床のみを有する病院」20.2人であった。

<AQ7×AQ8-③ 退院後生活環境相談員 1人あたり医療保護入院者数（精神病床規模別）>



- 医療機関における退院後生活環境相談員 1人あたり医療保護入院者担当数を精神病床規模別で見ると、「99床以下」17.0人、「100床～199床」18.3人、「200床～299床」20.9人、「300床～399床」22.8人、「400床以上」21.7人であった。

AQ9-①. 退院後生活環境相談員の選任方法（病院の種類別）

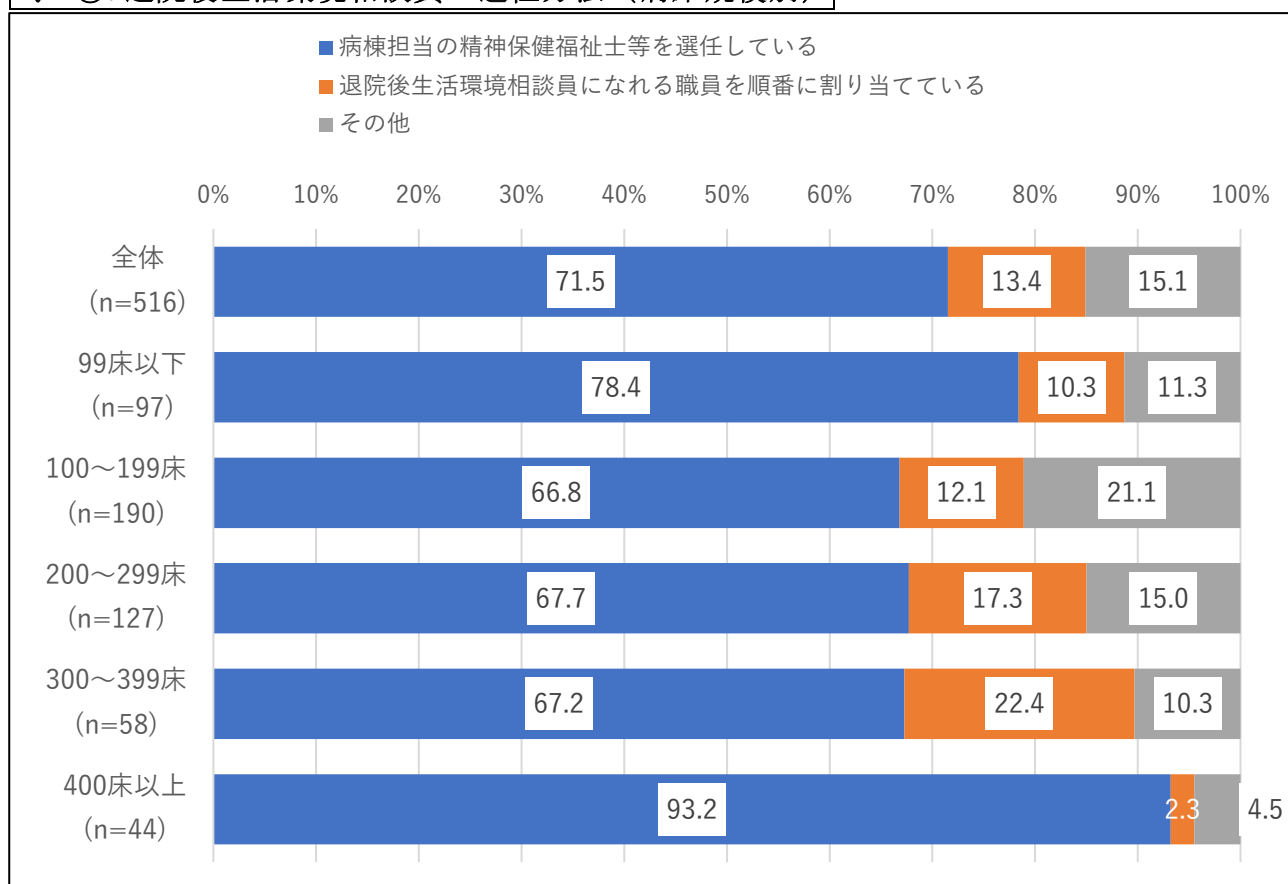


- 退院後生活環境相談員の選任方法をみると、全体では「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」71.5%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」13.4%、「その他」15.1%であった。
- 病院の種類別にみると、「特定機能病院」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」70.4%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」18.5%、「その他」11.1%であった。
- 「地域医療支援病院」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」84.6%、

「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」3.8%、「その他」11.5%であった。

- ・「一般病院」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」76.6%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」10.6%、「その他」12.8%であった。
- ・「精神病床のみを有する病院」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」69.4%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」14.4%、「その他」16.3%であった。

AQ9-②. 退院後生活環境相談員の選任方法（病床規模別）



- ・退院後生活環境相談員の選任状況を精神病床規模別にみると、「99床以下」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」78.4%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」10.3%、「その他」11.3%であった。
- ・「100床～199床以下」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」66.8%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」12.1%、「その他」21.1%であった。
- ・「200床～299床以下」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」67.7%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」17.3%、「その他」15.0%であった。
- ・「300床～399床以下」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」67.2%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」22.4%、「その他」10.3%であった。

- ・ 「400 床以上」では、「病棟担当の精神保健福祉士等を選任している」93.2%、「退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている」2.3%、「その他」4.5%であった。

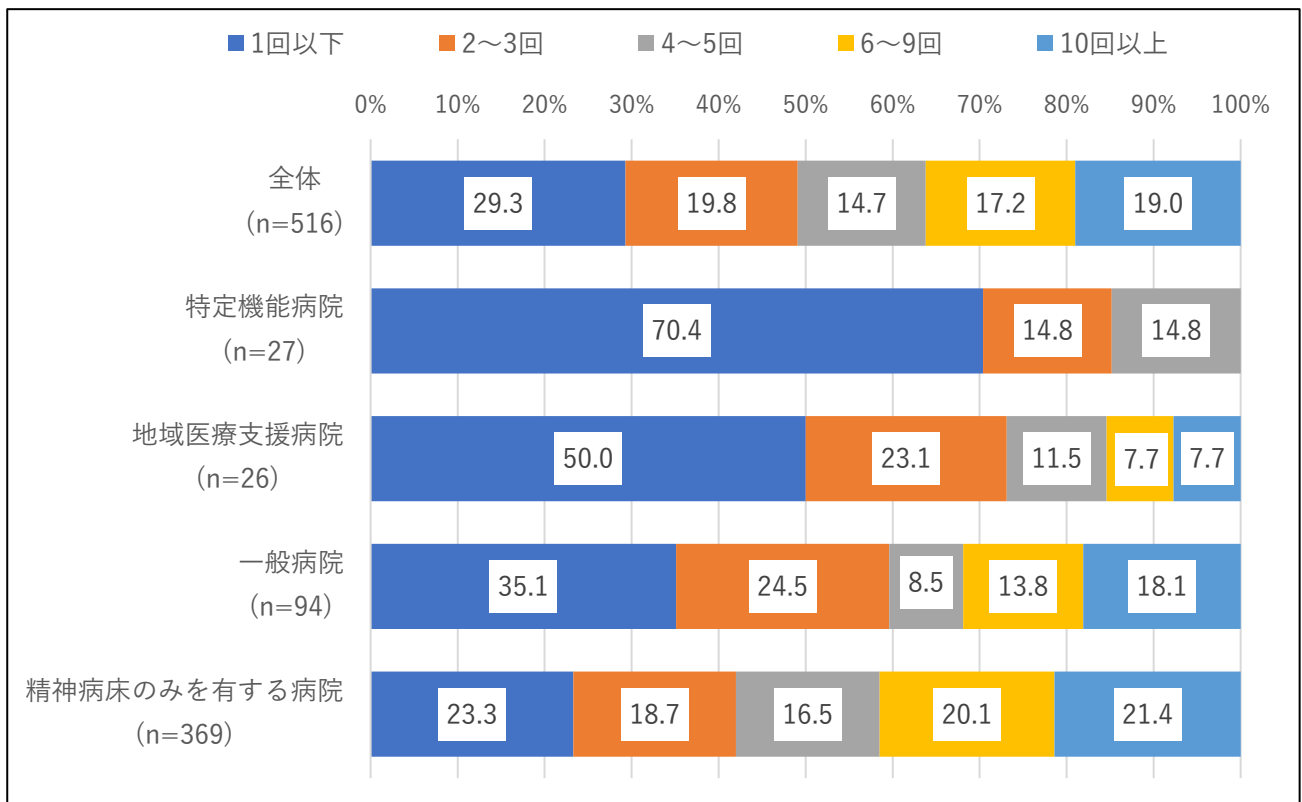
AQ9-③. 退院後生活環境相談員の「その他」の選任方法（自由記述）

- ・ 退院後生活環境相談員の「その他」の選任方法は下記のとおりであった。

病院種別	精神 病床数	退院後生活環境相談員の選任方法
特定機能病院	20	看護師長と決まっていた
	30	精神保健福祉士が産休のため担当看護師が選任されている
	40	受け持ち人数、ケースワークの進捗状況を見たうえで、その都度相談して決定している。
地域医療支援病院	50	医師チーム毎に担当の相談員を決めており、主治医の属するチームの相談員が対応する。
	50	当科で医療保護入院に係る要綱を作成し、精神保健福祉士がその任にあたることになっている。
	70	主治医別に担当者を設定している
一般病院	8	精神保健福祉士が1名しかいない
	93	対応できる精神保健福祉士で対応
	105	認知症治療病棟は専従者が担当し、他は順番に割り当てている。
	120	精神保健福祉士と看護師
	152	ケースごとに選任している
	156	入院予定とPSWの業務予定を照らし合わせて割り当てている
	210	個別で担当の相談員を選任している
	244	受け持ち患者数や業務量を調整し選任している
	256	病棟担当の看護師長
	282	担当看護職員を専任、ケースによっては精神保健福祉士が担当する
	396	病棟の担当看護師
精神病床のみを有する病院	84	患者様に応じて相談員を選任している
	90	MHSWは1名のみ
	98	個別担当制のためその方の担当を選任している
	100	入院手続きを行った精神保健福祉士を選任している
	100	相談等で関わっている者を優先的に選任。
	106	入院対応した精神保健福祉士を選任している
	110	一人の精神保健福祉士が全患者を担当
	116	相談室の保健師を選任、入院が長期になった方は病棟看護師に変更
	120	病院長により選任されている
	120	担当者数のバランスを見て割り当てている
	127	担当者が生活環境相談員を兼ねている
	130	基本的には男女別で、順番に割り当てる
	130	入院時手続きを担当した精神保健福祉士
	132	基本的に精神保健福祉士担当
	133	連携室職員
	133	ケース（患者）担当ごとに選任している
	135	外来からの担当や当日の動きで選任を決めている
140	主に最初に対応をした者が選任される	
145	病棟・外来等の部署別の配置はないため、病院全体を担当するPSWとして病棟も担当し選任している	

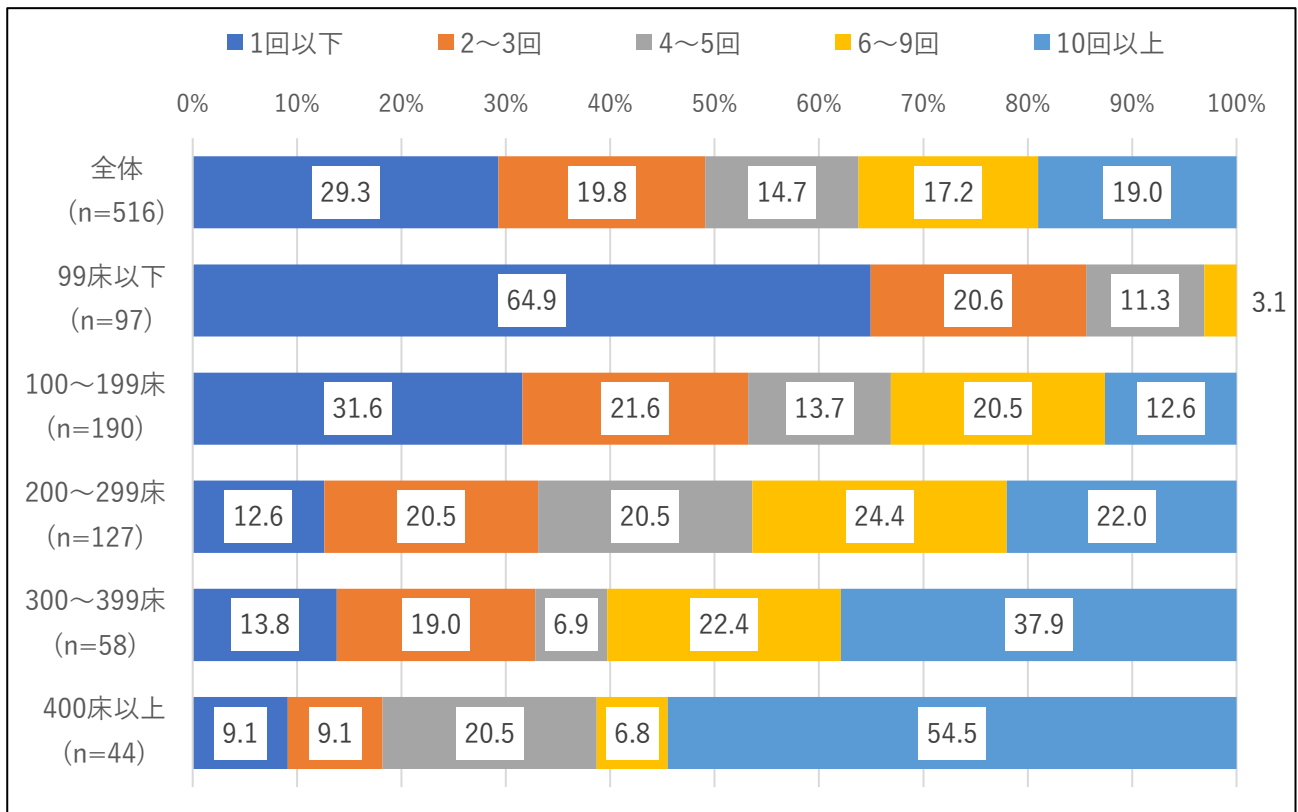
	147	病棟・医療連携室の管理職を選任している
	148	精神保健福祉士2名が話し合いながら決定
	156	個別に担当を決めている
	161	各病棟看護師への意識づけのため、複数の看護師を選任している。
	166	入退院を担当している MSW が精神保健福祉士を有しているため兼務している
	172	患者毎の担当看護師、精神保健福祉士を選任している
	174	その時相談して選任
	177	個別の担当 PSW がそのまま担当する
	178	担当精神保健福祉士を選任している
	180	入院時の担当精神保健福祉士を選任している
	180	担当患者様担当の精神保健福祉士を選任している
	183	精神保健福祉士のみ
	184	病棟師長、主任を中心に選任
	185	精神保健福祉士のなかで、入院を担当したものが選任される
	186	予診をとった者など初動で関わりを持った者を割り当てる
	205	各病棟の看護師長を選任
	206	外来からの担当精神保健福祉士または病棟担当の精神保健福祉士
	210	患者担当精神保健福祉士がそのまま担当する
	219	個別担当精神保健福祉士を選任
	220	担当者1名が実施している
	222	個別担当制
	234	病棟師長（看護師）
	240	初診時担当の精神保健福祉士等を選任している
	250	担当制にしているため、担当を選任としている。
	250	出勤状況や担当者数により選任
	253	入院相談を担当した精神保健福祉士
	265	担当ソーシャルワーカーが選任される
	270	特にないが、大体均等になるようにしている
	278	入院調整の対応を行った精神保健福祉士
	335	病棟看護責任者
	340	認知症治療病棟に関しては、病棟担当精神保健福祉士を選任。それ以外の病棟は退院後生活環境相談員になれる精神保健福祉を順番に割り当てている
	370	急性期患者は病棟担当、以外は当日の担当
	376	自身が担当している患者様
	378	病棟担当とは別の PSW を選任している
	402	個別担当制で都度担当者を選任する
	429	病棟担当の PSW が選任される事もあるが、その都度全体の担当数や一人当たりの担当人数、片寄りを均等化するように配慮しているが、なかなか現状としては任意入院（開放病棟）の担当ケースやケースの難しさなどによってどうしても担当の片寄りが出来てしまっている。

AQ10-1-①. 2021年6月の退院支援委員会の開催回数（病院の種類別）



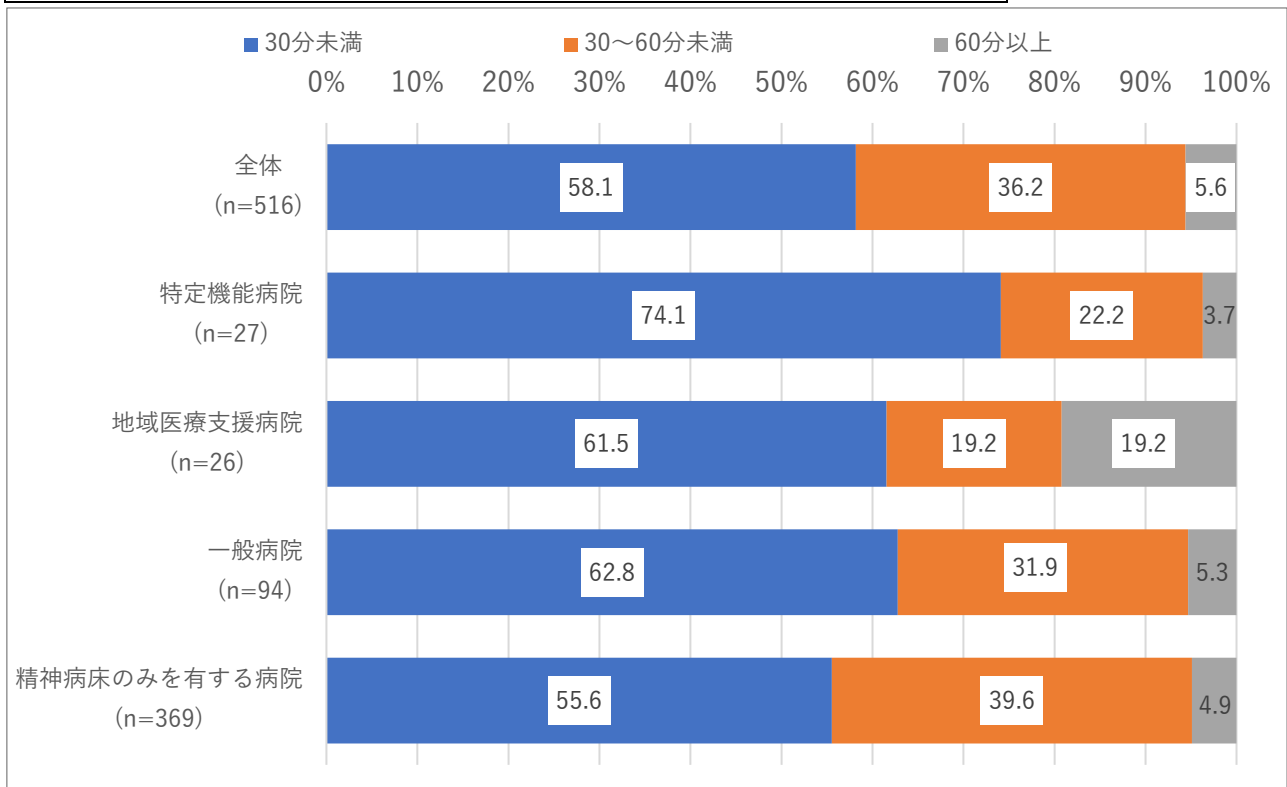
- ・ 2021年6月（1か月間）の退院支援委員会の開催回数をみると、全体では「1回以下」が29.3%と最も割合が高く、次いで「2～3回」19.8%、「10回以上」19.0%、「6～9回」17.2%、「4～5回」14.7%の順であった。
- ・ 病院の種類別でみると、「特定機能病院」では、「1回以下」が70.4%を占め、「2～3回」と「4～5回」がともに14.8%であり、6回以上開催しているところはない。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「1回以下」が50.0%と最も割合が高く、次いで「2～3回」23.1%、「4～5回」11.5%、「6～9回」と「10回以上」がともに7.7%の順であった。
- ・ 「一般病院」では、「1回以下」が35.1%と最も割合が高く、次いで「2～3回」24.5%、「10回以上」18.1%、「6～9回」13.8%、「4～5回」8.5%の順であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「1回以下」が23.3%と最も割合が高く、次いで「10回以上」21.4%、「6～9回」20.1%、「2～3回」18.7%、「4～5回」16.5%の順であった。

AQ10-1-②. 2021年6月の退院支援委員会の開催回数（精神病床規模別）



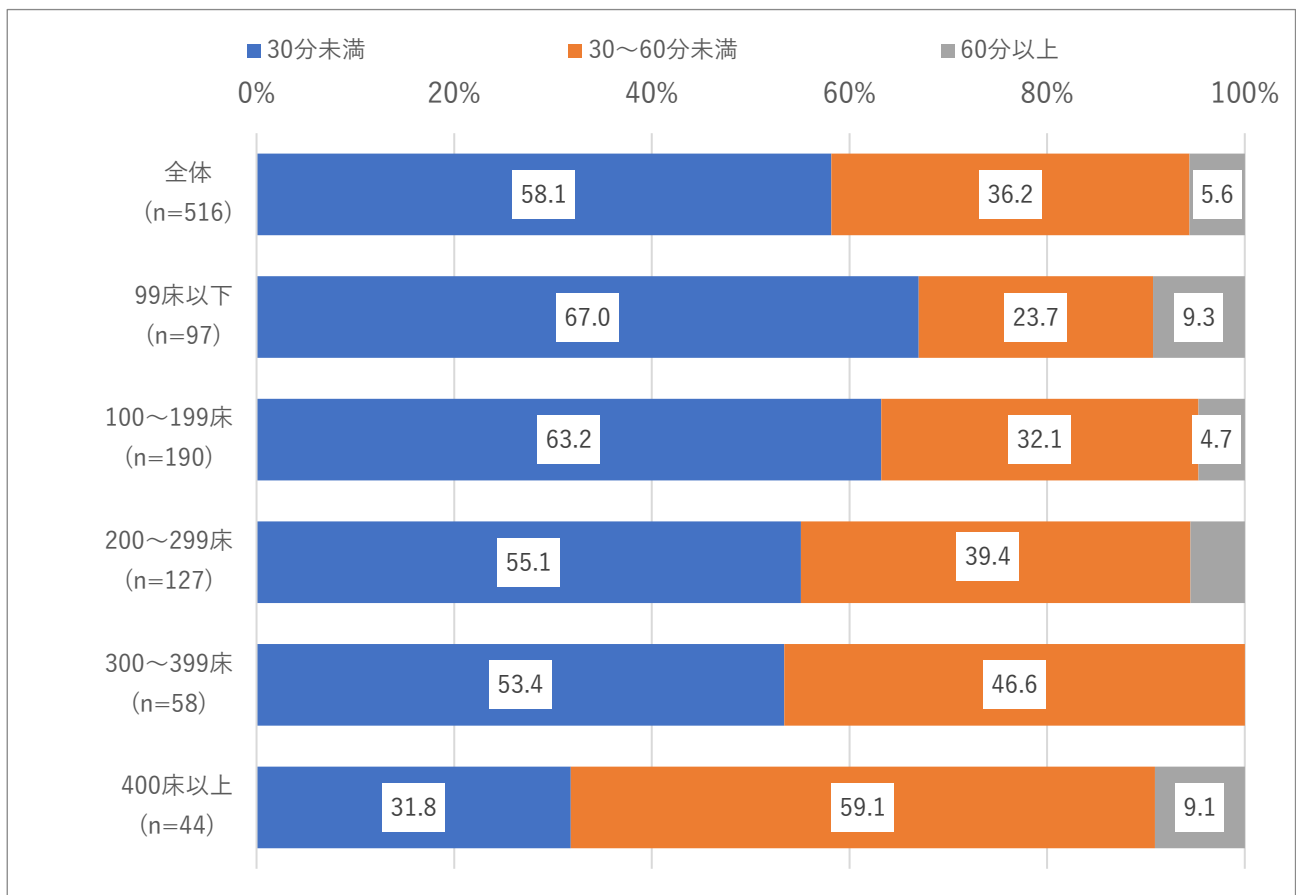
- ・ 2021年6月（1か月間）の退院支援委員会の開催回数を精神病床規模別でみると、「99床以下」では、「1回以下」が64.9%と最も割合が高く、次いで「2~3回」20.6%、「4~5回」11.3%、「6~9回」3.1%の順であり、10回以上開催しているところはない。
- ・ 「100床~199床」では、「1回以下」が31.6%と最も割合が高く、次いで「2~3回」21.6%、「6~9回」20.5%、「4~5回」13.7%、「10回以上」12.6%の順であった。
- ・ 「200床~299床」では、「6~9回」が24.4%と最も割合が高く、次いで「10回以上」22.0%、「2~3回」と「4~5回」がともに20.5%、「1回以下」12.6%の順であった。
- ・ 「300床~399床」では、「10回以上」が37.9%と最も割合が高く、次いで「6~9回」22.4%、「2~3回」19.0%、「1回以下」13.8%、「4~5回」6.9%の順であった。
- ・ 「400床以上」では、「10回以上」が54.5%と最も割合が高く、次いで「4~5回」20.5%、「1回以下」と「2~3回」がともに9.1%、「6~9回」6.8%の順であった。

AQ10-2-①. 1回あたりの退院支援委員会の所要時間（病院の種類別）



- ・ 2021年6月（1か月間）に開催した退院支援委員会の1回あたりの所要時間をみると、全体では、「30分未満」が58.1%と最も割合が高く、「30分～60分未満」36.2%、「60分以上」5.6%であった。
- ・ 病院の種類別でみると、「特定機能病院」では、「30分未満」74.1%、「30分～60分未満」22.2%、「60分以上」3.7%であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「30分未満」61.5%、「30分～60分未満」19.2%、「60分以上」19.2%であった。
- ・ 「一般病院」では、「30分未満」62.8%、「30分～60分未満」31.9%、「60分以上」5.3%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「30分未満」が55.6%、「30分～60分未満」39.6%、「60分以上」4.9%であった。

AQ10-2-②. 1回あたりの退院支援委員会の所要時間（精神病床規模別）



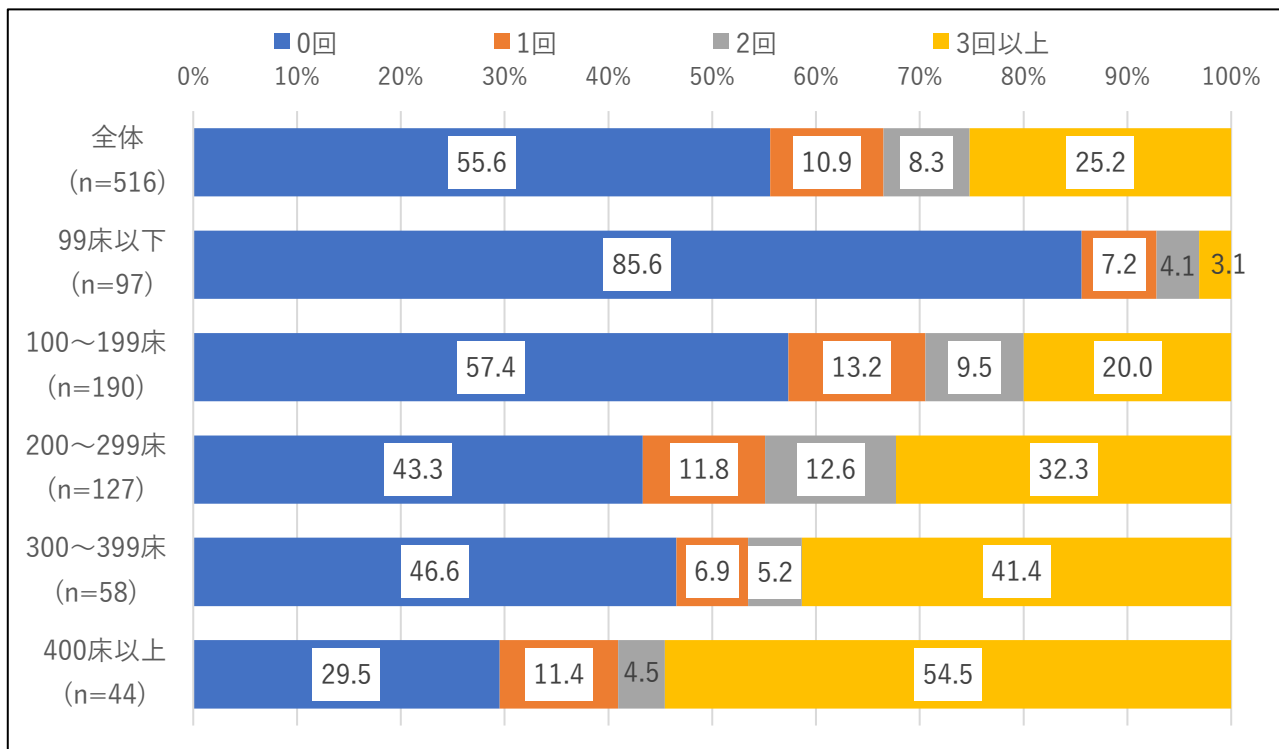
- ・ 2021年6月（1か月間）に開催した退院支援委員会の1回あたりの所要時間を精神病床規模別で見ると、「99床以下」では、「30分未満」67.0%、「30分～60分未満」23.7%、「60分以上」9.3%であった。
- ・ 「100床～199床」では、「30分未満」63.2%、「30分～60分未満」32.1%、「60分以上」4.7%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「30分未満」55.1%、「30分～60分未満」39.4%、「60分以上」5.5%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「30分未満」53.4%、「30分～60分未満」46.6%であり、「60分以上」のところはなかった。
- ・ 「400床以上」では、「30分未満」31.8%、「30分～60分未満」が59.1%と最も割合が高く、「60分以上」は9.1%であった。
- ・ 精神病床の規模が大きくなると、1回あたりの所要時間が長くなる傾向がうかがえた。

AQ10-3-①. 2021年6月開催の退院支援委員会のうち在院1年以上の医療保護入院者を対象とした開催回数（病院の種類別）



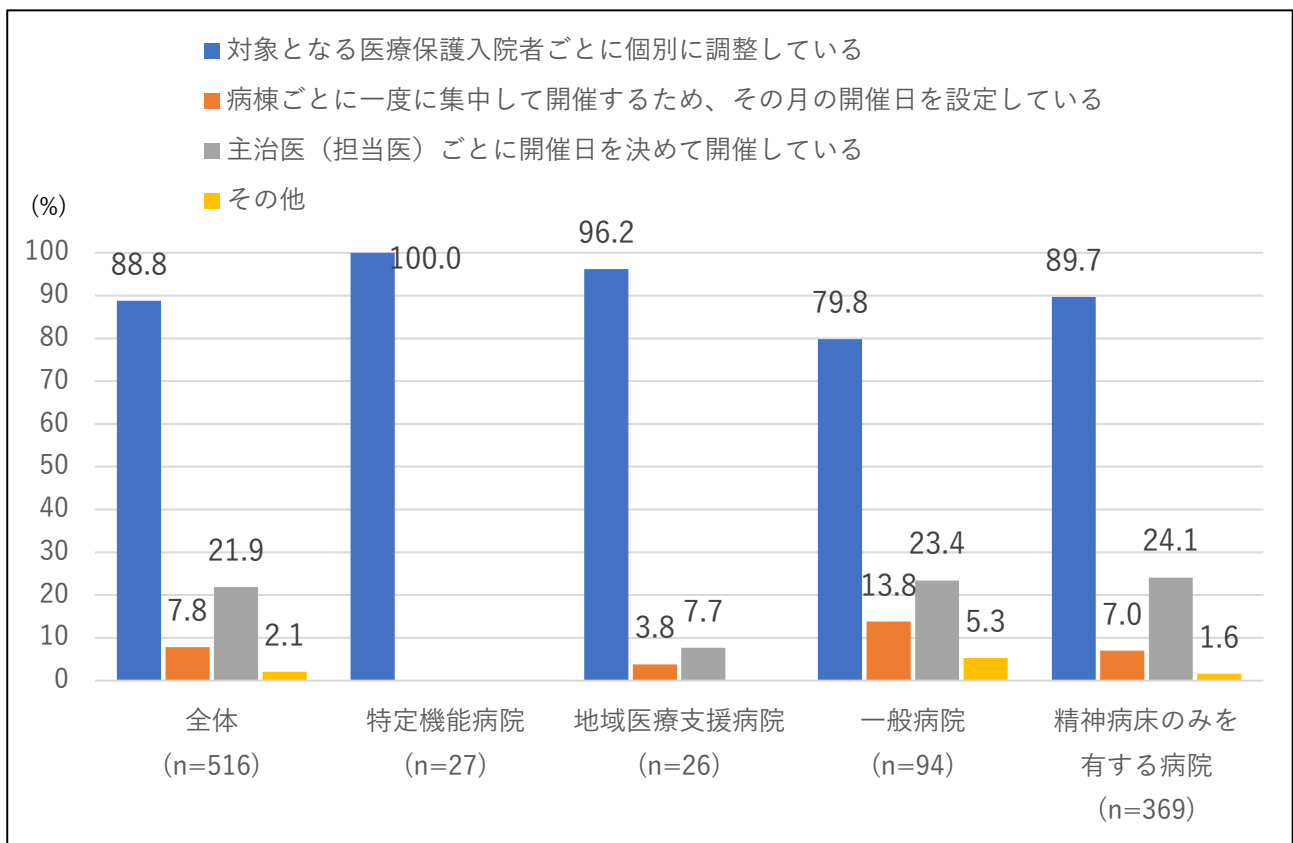
- ・ 2021年6月開催の退院支援委員会のうち在院1年以上の医療保護入院者を対象とした開催回数をみると、全体では「0回」が55.6%と最も割合が高く、次いで「3回以上」25.2%、「1回」10.9%、「2回」8.3%の順であった。
- ・ 病院の種類別でみると、「特定機能病院」では「0回」が96.9%を占め、「1回」が3.7%であり、2回以上開催しているところはない。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「0回」が73.1%を占め、次いで「3回以上」11.5%、「1回」と「2回」とともに7.7%の順であった。
- ・ 「一般病院」では、割合の高い順から「0回」59.6%、「3回以上」24.5%、「1回」12.8%、「2回」3.2%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、割合の高い順から「0回」50.4%、「3回以上」28.2%、「1回」11.1%、「2回」10.3%であった。

AQ10-3-②. 2021年6月開催の退院支援委員会のうち在院1年以上の医療保護入院者を対象とした開催回数（精神病床規模別）



- ・ 2021年6月開催の退院支援委員会のうち在院1年以上の医療保護入院者を対象とした開催回数を精神病床規模別で見ると、「99床以下」では、「0回」が85.6%を占め、次いで「1回」7.2%、「2回」4.1%、「3回以上」3.1%の順であった。
- ・ 「100床～199床」では、割合の高い順から「0回」57.4%、「3回以上」20.0%、「1回」13.2%、「2回」9.5%であった。
- ・ 「200床～299床」では、割合の高い順から「0回」43.3%、「3回以上」32.3%、「2回」12.6%、「1回」11.8%であった。
- ・ 「300床～399床」では、割合の高い順から「0回」46.6%、「3回以上」41.4%、「1回」6.9%、「2回」5.2%であった。
- ・ 「400床以上」では、割合の高い順から「3回以上」54.5%、「0回」29.5%、「1回」11.4%、「2回」4.5%であった。

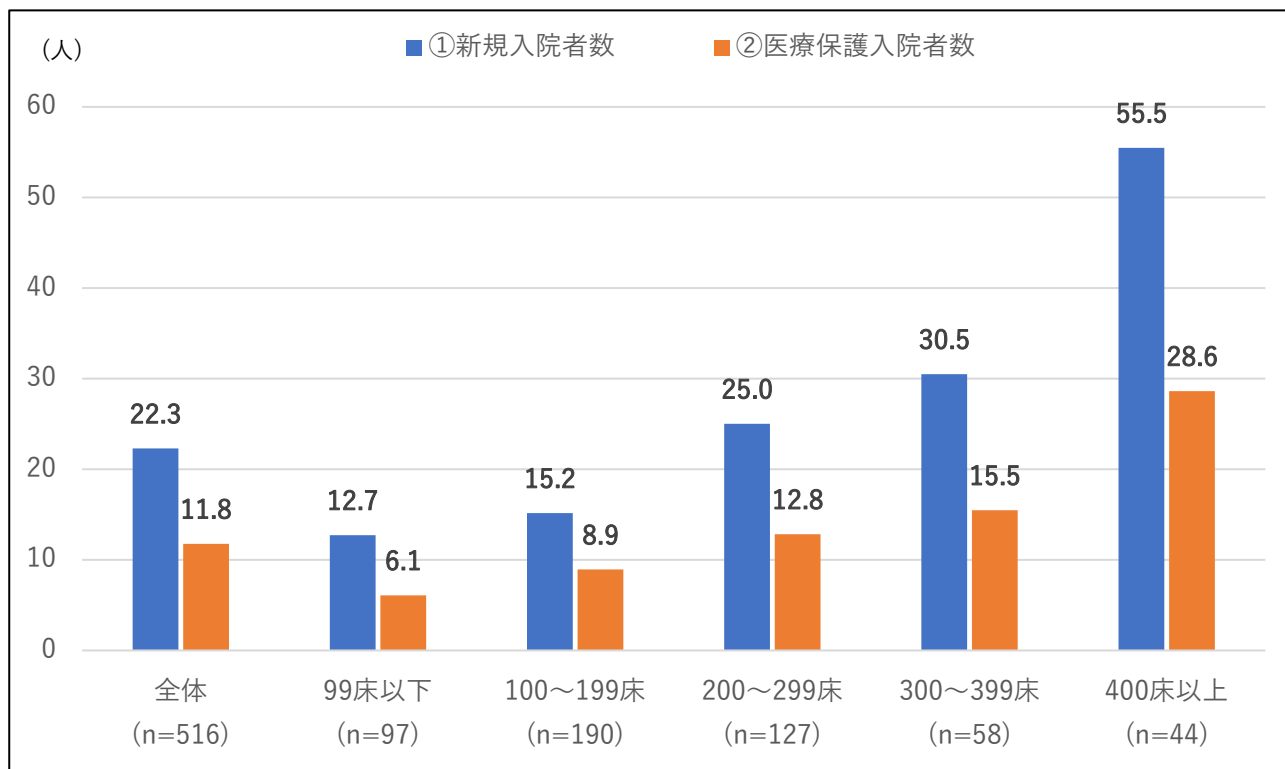
AQ11-1. 退院支援委員会の開催日程の調整方法（複数回答）



- ・ 医療保護入院者退院支援委員会の開催日程の調整方法を尋ねたところ、全体では「対象となる医療保護入院者ごとに個別に調整している」が 88.8%、「主治医（担当医）ごとに開催日を決めて開催している」が 21.9%、「病棟ごとに一度に集中して開催するため、その月の開催日を設定している」が 7.8%、「その他」が 2.1%であった。
- ・ 「その他」の調整方法（自由記述）は下記の通りであった。

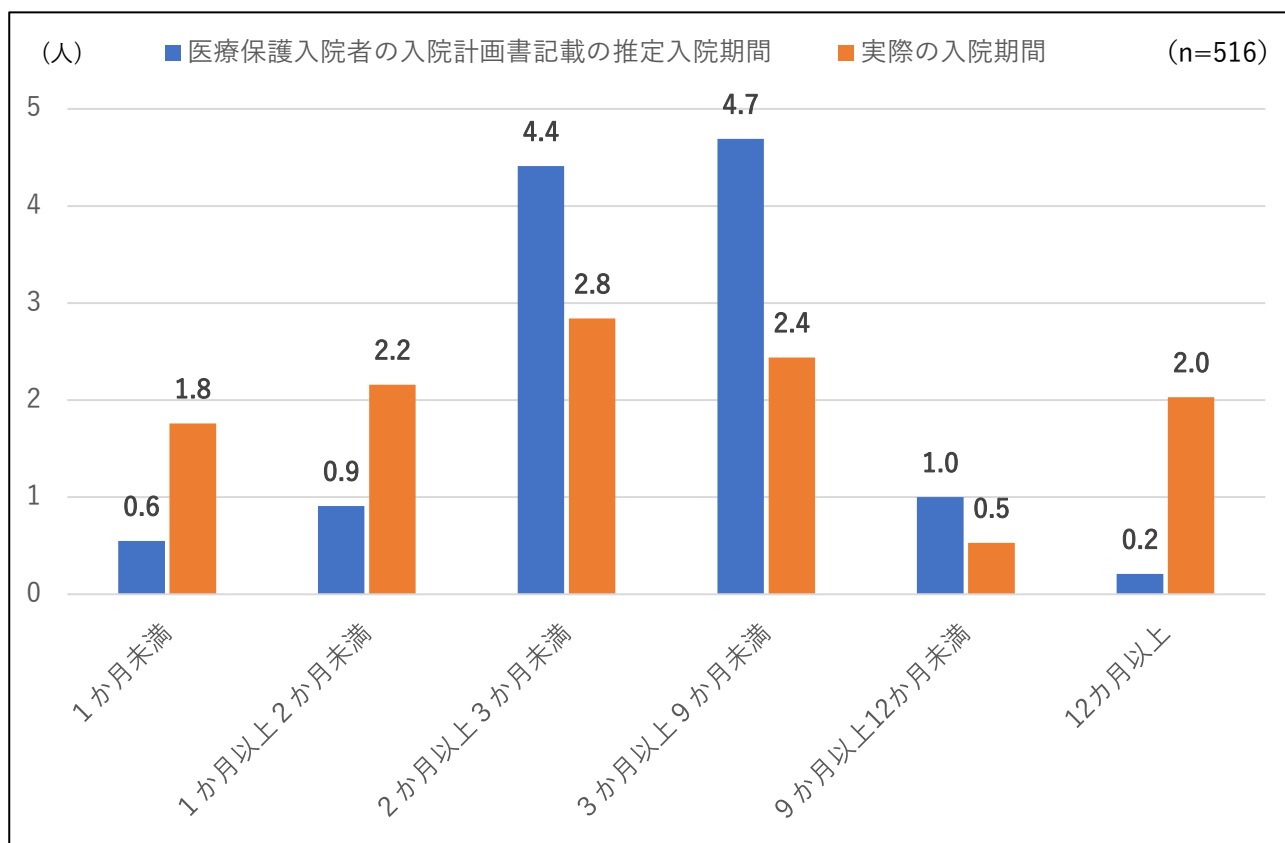
・ その都度調整
・ 毎月開催している病棟カンファレンス時に実施している
・ 病院全体で月 2 回の開催日を設定し、その月の対象者を 2 回に分けて開催している
・ 病院全体で一度に集中して開催するため、その月の開催日を設定している
・ 月 2 回開催日を決めている
・ 医療保護入院者はいなかった
・ 同席する家族の都合
・ 家族の都合
・ 家族や外部支援者の日程により

AQ12-1. 2021年6月の精神病床への新規入院患者数とそのうちの医療保護入院者数（精神病床規模別）



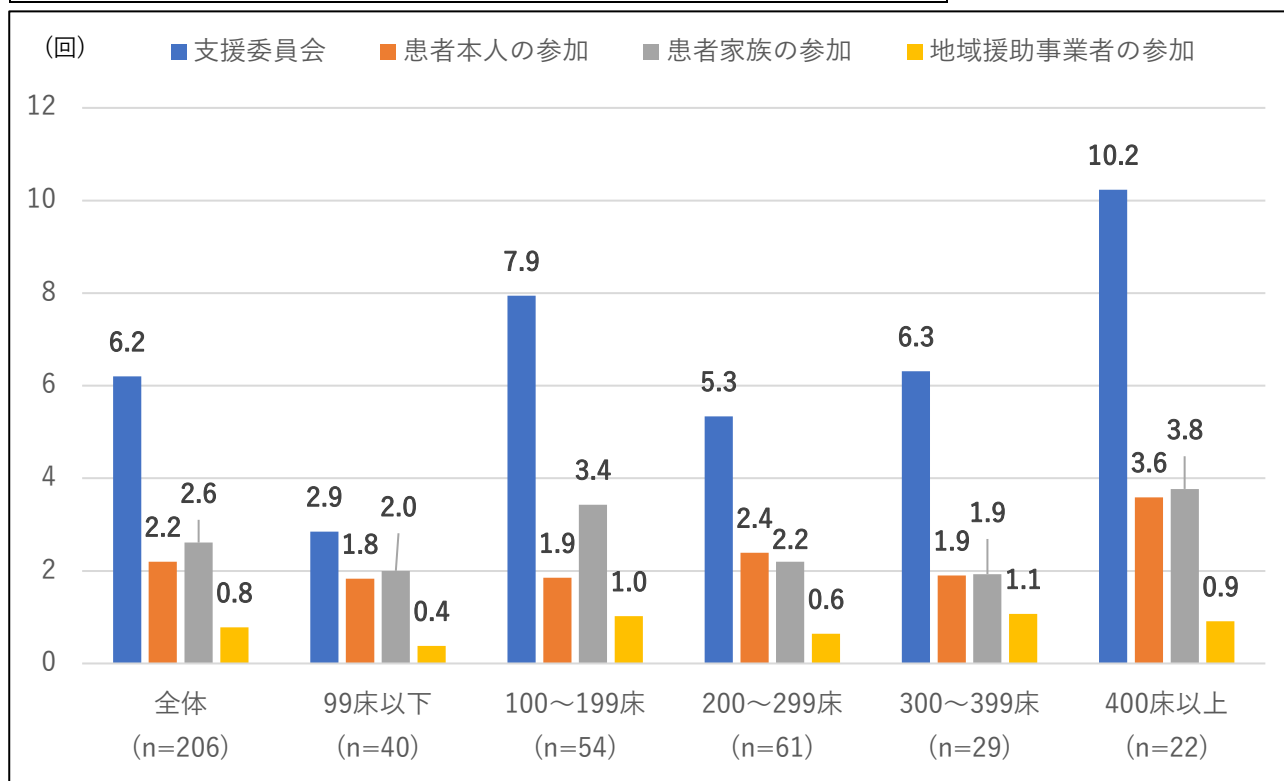
- ・ 2021年6月（1か月間）の精神病床への新規入院者数とそのうちの医療保護入院者数をみると、全体では「新規入院者数」22.3人、そのうち「医療保護入院者数」は11.8人、52.9%であった。
- ・ 精神病床規模別で見ると、「99床以下」では、「新規入院者数」12.7人、そのうち「医療保護入院者数」は6.1人、48.0%であった。
- ・ 「100～199床」では、「新規入院者数」15.2人、そのうち「医療保護入院者数」は8.9人、58.6%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「新規入院者数」25.0人、そのうち「医療保護入院者数」は12.8人、51.2%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「新規入院者数」30.5人、そのうち「医療保護入院者数」は15.5人、50.8%であった。
- ・ 「400床以上」では、「新規入院者数」55.5人、そのうち「医療保護入院者数」は28.6人、51.5%であった。

AQ12-2. 2019年6月入院の医療保護入院者の推定入院期間と実際の入院期間



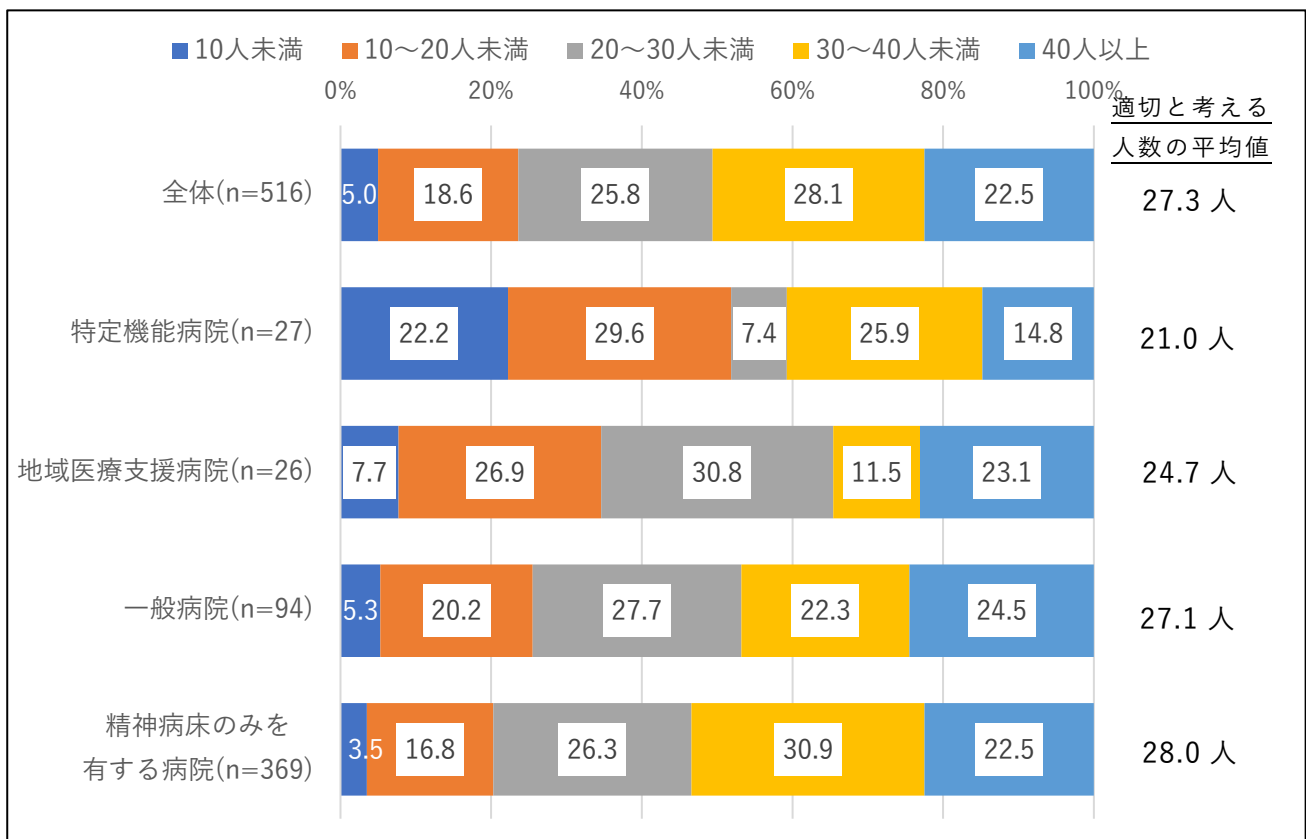
- ・ 2019年6月入院の医療保護入院者 11.8人について、入院診療計画書に記載された推定入院期間をみると、「1か月未満」は0.6人(5.1%)、「1か月以上2か月未満」は0.9人(7.6%)、「2か月以上3か月未満」は4.4人(37.3%)、「3か月以上9か月未満」は4.7人(39.8%)、「9か月以上12か月未満」は1.0人(8.5%)、「12か月以上」は0.2人(1.7%)であった。
- ・ 2020年6月までの実際の入院期間をみると、「1か月未満」は1.8人(15.3%)、「1か月以上2か月未満」は2.2人(18.6%)、「2か月以上3か月未満」は2.8人(23.7%)、「3か月以上9か月未満」は2.4人(20.3%)、「9か月以上12か月未満」は0.5人(4.2%)、「12か月以上」は2.0人(16.9%)であった。

AQ12-3. 2019年6月入院の医療保護入院者に係る2020年6月までの1年間の対象患者に係る退院支援委員会の開催回数と参加者状況（精神病床規模別）



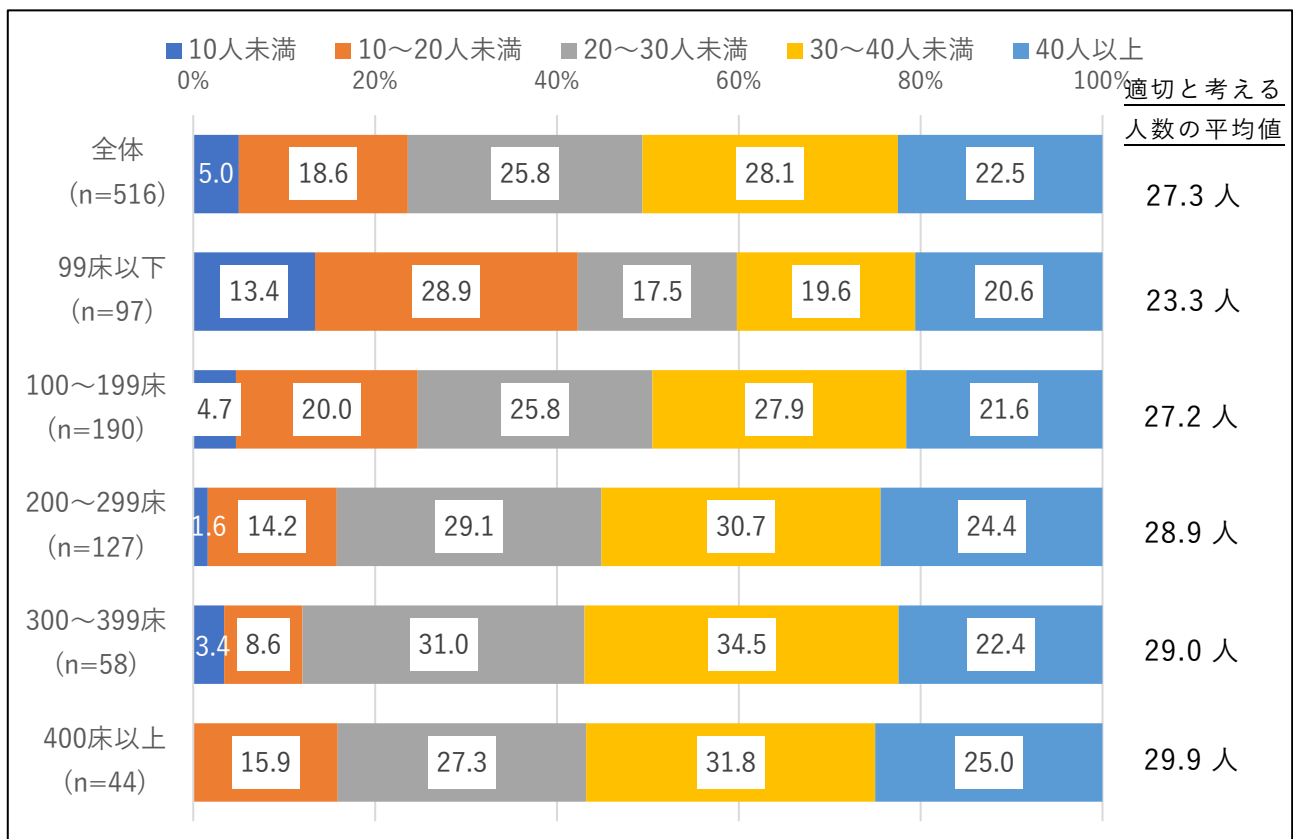
- ・ 2019年6月に入院した医療保護入院者を対象として、入院後1年間（2020年6月まで）に開催した退院支援委員会の回数と「患者本人」「患者家族」「地域援助事業者」の参加状況をみると、全体では退院支援委員会が6.2回開催され、そのうち「患者本人の参加」は2.2回（35.5%）、「患者家族の参加」は2.6回（41.9%）、「地域援助事業者の参加」は0.8回（12.9%）であった。
- ・ 精神病床の規模別で見ると「99床以下」では、退院支援委員会が2.9回開催され、そのうち「患者本人の参加」は1.8回（62.0%）、「患者家族の参加」は2.0回（69.0%）、「地域援助事業者の参加」は0.4回（13.8%）であった。
- ・ 「100床～199床」では、退院支援委員会が7.9回開催され、そのうち「患者本人の参加」は2.2回（27.9%）、「患者家族の参加」は3.4回（43.0%）、「地域援助事業者の参加」は1.0回（12.7%）であった。
- ・ 「200床～299床」では、退院支援委員会が5.3回開催され、そのうち「患者本人の参加」は2.4回（45.3%）、「患者家族の参加」は2.2回（41.5%）、「地域援助事業者の参加」は0.6回（11.3%）であった。
- ・ 「300床～399床」では、退院支援委員会が6.3回開催され、そのうち「患者本人の参加」は1.9回（30.2%）、「患者家族の参加」は1.9回（30.2%）、「地域援助事業者の参加」は1.1回（17.5%）であった。
- ・ 「400床以上」では、退院支援委員会が10.2回開催され、そのうち「患者本人の参加」は3.6回（35.3%）、「患者家族の参加」は3.8回（37.3%）、「地域援助事業者の参加」は0.9回（8.8%）であった。

AQ13-1. 退院後生活環境相談員の担当数として適切と考える人数（病院の種類別）



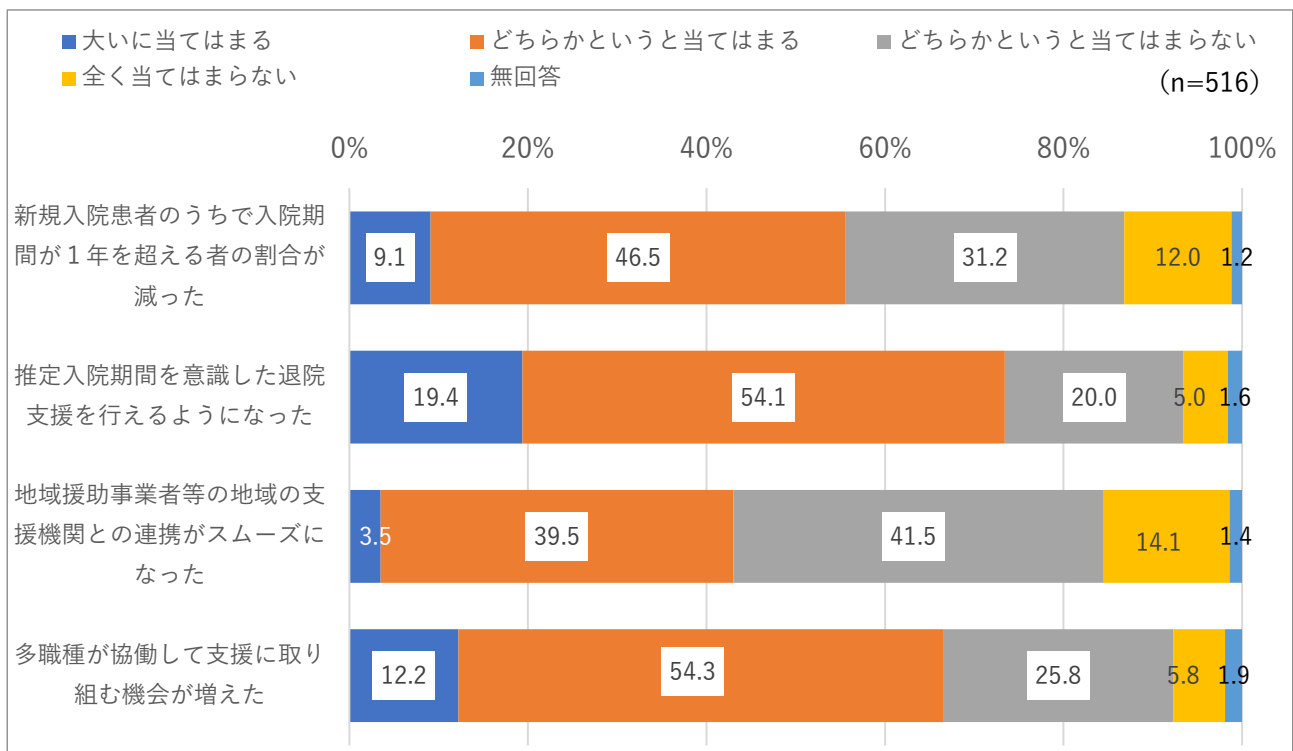
- ・ 退院後生活環境相談員の担当数として適切と考える人数を尋ねたところ、全体では、適切と考える人数の平均値は 27.3 人であった。また、人数別では割合の高い順に「30 人～40 人未満」28.1%、「20 人～30 人未満」25.8%、「40 人以上」22.5%、「10 人～20 人未満」18.6%、「10 人未満」5.0%であった。
- ・ 病院の種類別でみると、「特定機能病院」では、適切と考える人数の平均値は 21.0 人であった。また、人数別では割合の高い順に「10 人～20 人未満」29.6%、「30 人～40 人未満」25.9%、「10 人未満」22.2%、「40 人以上」14.8%、「20 人～30 人未満」7.4%であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、適切と考える人数の平均値は 24.7 人であった。また、人数別では割合の高い順に「20 人～30 人未満」30.8%、「10 人～20 人未満」26.9%、「40 人以上」23.1%、「30 人～40 人未満」11.5%、「10 人未満」7.7%であった。
- ・ 「一般病院」では、適切と考える人数の平均値は 27.1 人であった。また、人数別では割合の高い順に「20 人～30 人未満」27.7%、「40 人以上」24.5%、「30 人～40 人未満」22.3%、「10 人～20 人未満」20.2%、「10 人未満」5.3%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、適切と考える人数の平均値は 28.0 人であった。また、人数別では割合の高い順に「30 人～40 人未満」30.9%、「20 人～30 人未満」26.3%、「40 人以上」22.5%、「10 人～20 人未満」16.8%、「10 人未満」3.5%であった。

AQ13-1. 退院後生活環境相談員の担当数として適切と考える人数（精神病床規模別）



- 退院後生活環境相談員の担当数として適切と考える人数を精神病床の規模別で見ると、「99床以下」では、適切と考える人数の平均値は23.3人であった。また、人数別では割合の高い順に「10人～20人未満」28.9%、「40人以上」20.6%、「30人～40人未満」19.6%、「20人～30人未満」17.5%、「10人未満」13.4%であった。
- 「100～199床」では、適切と考える人数の平均値は27.2人であった。また、人数別では割合の高い順に「30人～40人未満」27.9%、「20人～30人未満」25.8%、「40人以上」21.6%、「10人～20人未満」20.0%、「10人未満」4.7%であった。
- 「200床～299床」では、適切と考える人数の平均値は28.9人であった。また、人数別では割合の高い順に「30人～40人未満」30.7%、「20人～30人未満」29.1%、「40人以上」24.4%、「10人～20人未満」14.2%、「10人未満」1.6%であった。
- 「300床～399床」では、適切と考える人数の平均値は29.0人であった。また、人数別では割合の高い順に「30人～40人未満」34.5%、「20人～30人未満」31.0%、「40人以上」22.4%、「10人～20人未満」8.6%、「10人未満」3.4%であった。
- 「400床以上」では、適切と考える人数の平均値は29.9人であった。また、人数別では割合の高い順に「30人～40人未満」31.8%、「20人～30人未満」27.3%、「40人以上」25.0%、「10人～20人未満」15.9%であり、「10人未満」の回答はなかった。

AQ14-1. 医療保護入院者の退院促進措置を実施したことによる変化



- ・ 医療保護入院者の退院促進措置を実施したことによる変化について尋ねたところ、「新規入院患者のうちで入院期間が1年を超える者の割合が減った」では、「大いに当てはまる」と「どちらかという当てはまる」と回答した割合は55.6%であった。
- ・ 「推定入院期間を意識した退院支援を行えるようになった」では、「大いに当てはまる」と「どちらかという当てはまる」と回答した割合は73.5%であった。
- ・ 「地域援助事業者等の地域の支援機関との連携がスムーズになった」では、「どちらかという当てはまらない」と「まったく当てはまらない」と回答した割合は55.6%であった。
- ・ 「多職種が協働して支援に取り組む機会が増えた」では、「大いに当てはまる」と「どちらかという当てはまる」と回答した割合は66.5%であった。

AQ14-2. 医療保護入院者の退院促進措置を実施したことによる変化（自由記述）

- ・ 上記以外の退院促進措置を実施したことによる変化に関する自由記述をカテゴリー分類したところ、下記のような結果であった（括弧内は件数）。

- 退院促進措置が始まる前から、必要な支援の取り組みは行っており、この改正による効果・変化とは言えない（20）
- 本人・家族とのつながり強化
 - ・ 本人・家族に退院支援の担当者の存在・役割を認識してもらえる機会となった（2）
 - ・ 家族と連絡を取る機会が増えた・つながりが増えた（11）
 - ・ 本人へきちんとした説明をし、話し合える場となった（医師からの説明、地域援助事業所の紹介などのきっかけ等）（4）

- ・ 本人が希望を伝えられる場となり、本人との関係性向上、本人の退院後生活への意識向上（６）
- ・ 家族側の退院に向けての意識づけにもなっている（７）

■業務上の変化

- ・ 病院全体（関係他職種）で推定入院期間への意識向上（AQ14-2と同じ意味）（10）
- ・ 退院後生活環境相談員自身の入院患者に対する担当意識向上（１）
- ・ 院支援委員会外でも業務上の連携が向上した（３）
- ・ 文書作成業務等の事務作業が増えたことによる負担の増加（８）
 - それによるかかわりの質の低下の懸念（８のうち１）

■「変化なし」の理由＜一部抜粋＞

- ・ 当院のような療養型の病院ではあまり大きな変化はありません。
- ・ むしろ医療保護入院は治療優先になるので、治療が奏功して回復すれば退院となる。入院期間は入院形態による差異はない。
- ・ 重度の精神疾患や身体合併症の為、もともと行き場がなく退院支援事体が困難な患者を受け入れているため、また高齢８０代９０代で家族の支援力や経済力がない入院患者が大半を占め、入院の長期化を及ぼしている。その傾向は年々強まる一方で、手の施しようがない。
- ・ 退院促進措置により退院が早まっている印象はない。制度の効果はあまり感じない。
- ・ 退院促進措置の実施で特に変化はない。
- ・ 当院の入院は急性治療病棟で受け入れています。推定入院期間を意識して退院支援を行っているわけではないので、特に意識の変化はありません。
- ・ 医療機関内の変化は、その機関の意識によるところが大きい。法改正に伴う退院促進措置も、これを機関内や本人・家族等にアプローチするきっかけに使おうと考えるスタッフの有無によると思われる。
- ・ 「推定入院期間」より、急性期治療病棟に入院された方の入院期間を意識しているのが現状。
- ・ 急性期病棟の運用や地域移行実施加算を意識することで退院促進の動きが病院全体に浸透しているため、退院促進措置の実施の変化とは考えにくい。

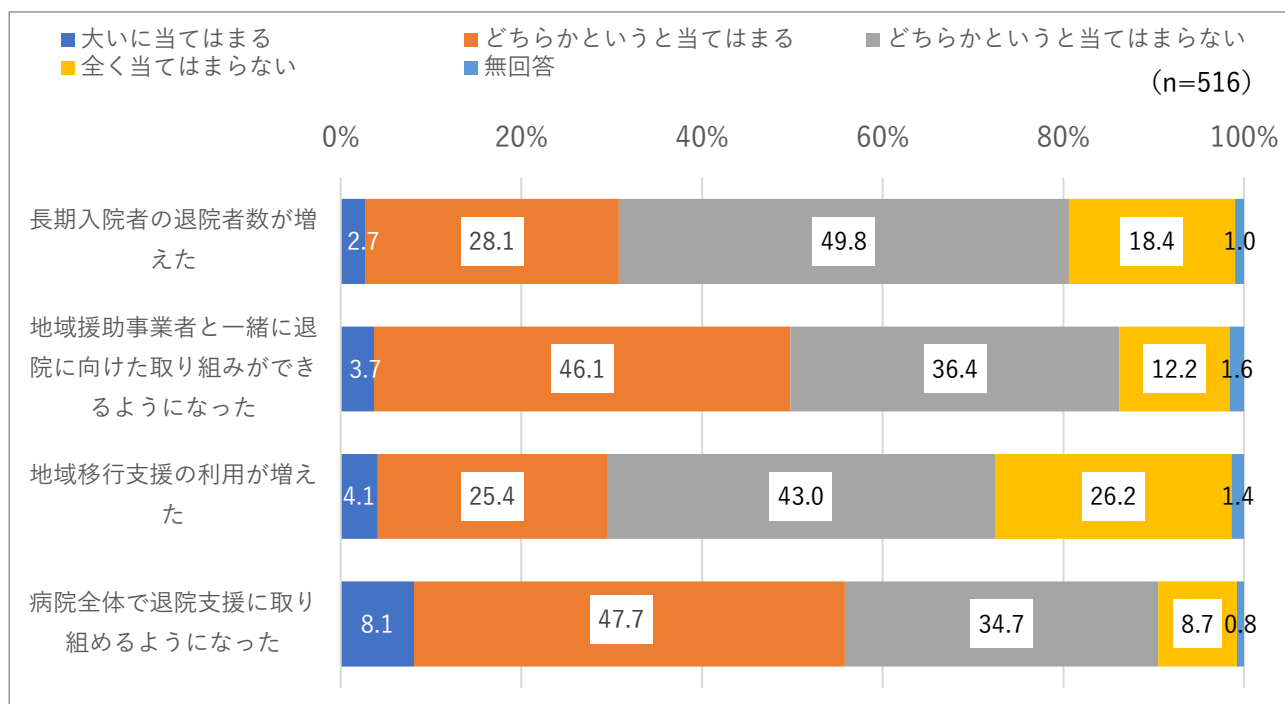
■その他意見／選択肢の補足＜一部抜粋＞

- ・ 当院は精神科身体合併症病棟であり、身体科の治療が終われば退院となるため精神科としてのケースワークをしづらい環境である。
- ・ 医師にもっと理解を深めてもらいたい。
- ・ 地域援助事業者は入院前の支援がない場合はこちらから連携をとらない限りは介入はありません。
- ・ 病棟機能により格差があるため、上記に回答し辛いです。救急病棟と急性期病棟に関しては退院促進措置はあまり必要性は感じませんが、療養病棟に関しては必ずしも期待する効果が得られているとは言えない状況です。
- ・ 当地域においてコロナ渦の中、地域移行の支援が停止している。
- ・ もともと多職種協働、地域支援事業者と退院支援を活発に行っていたので、事務負担が増えたという印象。実際の支援のタイミングと法律上の規定期間がずれてしまい、

2度手間になっている。規定の期間をもう少し柔軟に対応できればより有意義な会議になると思われる。

- ・ なし。新型コロナウイルスの影響で、地域援助事業者との関わりがスムーズに行なえなくなった。
- ・ 早期からの退院支援が重要であることは理解しているつもりですが、医療保護である＝病状増悪の状態であるため、推定期間にしぼられた会議などが果たして本当にタイミングなのかと疑問を持つことがある。落ち着いて任意入院へ移行した方こそ退院支援のタイミングのひとつといえるのではないか。
- ・ 中長期的な流れを汲んでいる当院としては、早期退院は念頭には置いているが、推定される入院期間が迫るから退院を急いでさせることはなく、患者の病状を見ながら退院を進める事が未だに多い。入院患者の年齢層から介護保険系の施設への退院が多いため、地域援助事業者を会議に呼ぶ機会が少ない。
- ・ 退院促進措置の観点からだけでなく、救急病棟の基準を満たしていく事を意識している事も大きい。
- ・ 今年度、精神科急性期治療病棟を始めることになった為、推定入院期間はもちろんのこと、3カ月以内の退院を目指した支援を積極的に行うよう、各部署の意識が変わった。
- ・ 地域援助事業者への周知が不十分で、効果的な連携ができないこともある。特に行政関係の認識がバラバラである。
- ・ 文言が浸透した代わりに、医師や看護師の中に委員会を開けば良いという印象になっているように感じる。

AQ15-1. 退院促進措置規定による長期入院者の退院促進等の変化



- ・ 医療保護入院者の退院促進措置が法律に規定されたことによる長期入院者の退院促進等の変化について尋ねたところ、「長期入院者の退院者数が増えた」では、「どちらかという当てはまらない」と「まったく当てはまらない」と回答した割合が68.2%であった。

- ・ 「地域援助事業者と一緒に退院に向けた取り組みができるようになった」では、「大いに当てはまる」と「どちらかという当てはまる」と回答した割合は 49.8%で、「どちらかという当てはまらない」と「まったく当てはまらない」と回答した割合 48.6%と拮抗していた。
- ・ 「地域移行支援の利用が増えた」では、「どちらかという当てはまらない」と「まったく当てはまらない」と回答した割合が 69.2%であった。
- ・ 「病院全体で退院支援に取り組めるようになった」では、「大いに当てはまる」と「どちらかという当てはまる」と回答した割合が 55.8%であった。

AQ15-2. 退院促進措置規定による長期入院者のその他の変化（自由記述）

- ・ 上記以外の長期入院者の変化（自由記述）について、下記の通りカテゴリー分類した（括弧内は件数）。

■ 選択肢への補足情報（44）

- ・ 元々長期入院者がいない、元々退院支援に積極的であったので変わっていない（25）
- ・ 児童精神科ですので、地域援助事業者との連携より、学校・教育委員会・家庭児童相談室・児童相談所等と連携しています。
- ・ 当科は病院の性質上、医師が頻繁に変わるため、その時々の治療方針により変動するものとする。
- ・ 元々多職種カンファレンス文化があるため
- ・ 退院支援、退院調整については法律規定前から体制としても業務としても変化はない。
- ・ 利用することが煩雑、医療機関の職員が制度利用の理解が不十分等の理由が考えられる
- ・ 長期入院者でも、直近で医療保護入院者がいないため、回答出来かねます。
- ・ 退院支援を進める為には、職員の意識改革が必要だと思ふ。
- ・ 病院全体の意識の底上げとなった。
- ・ 精神保健福祉法での長期入院者への取り組みより、地域の地域移行支援などの方が地域連携としては有効であったり、療養病棟の退院支援委員会は任意入院も含むため、病状の安定している方の退院促進として病棟内での取り組みが検討されている。
- ・ 多くの会議が形骸化している印象をもつ
- ・ 退院支援を検討する際、まず入院形態から検討します。ですのでまず長期入院患者さんの退院支援の場合、任意入院であることが大前提となっています。
- ・ 1年以上超えて入院している患者へのアプローチは全体的に鈍化している。
- ・ 当法人にはかつての援護寮があり、現在の宿泊型及び自立訓練で一定数の長期入院患者は、地域移行ができていると考えます。
- ・ 当院は開院時が平成 26 年の法律改定時のため、それ以前との比較がないため、あてはまる項目がないと考えます
- ・ 退院先の受け皿となる、住居やグループホームの整備、相談支援事業所の計画相談の受任件数が増えなければ、病院だけの取組だけでは進まない問題がある。地域移行支援や地域定着支援についても、地域の事業所が増えずに使えない制度である。
- ・ 長期入院者の退院促進の取り組みは進んでいると思いますが、医療保護との関連性の実感は今のところあまりありません。
- ・ 精神保健福祉士・ソーシャルワーカーとしての変化
- ・ ソーシャルワーカーが入院早期から介入しやすくなったというメリットが感じられる
- ・ 他職種に働きかけるきっかけが生まれている。

- ・ リミットを意識することでそれぞれの精神保健福祉士が前向きにとらえ工夫するような雰囲気を感じている。
- ・ 精神保健福祉士が担当することで、専門職に対する、価値や存在意義は少しは認識されたのではないかと考えられる。
- ・ 当院療養病棟等では看護師が退院後生活環境相談院をしているため、病棟精神保健福祉士が指導に当たる様になったことで、精神保健福祉士の有用性・有能性が広がりつつあり、それについては大きな効果があったと言えます。

■患者本人と家族に関する変化

- ・ 患者自身も主治医と今後について話し合う機会となっているようで、開催を楽しみにしている場面がみられる。
- ・ 患者さんの退院への意識が前向きに変化した。
- ・ 退院支援担当者の選任、その旨を本人や家族へ確実に伝えるため、本人家族に院内に退院調整を担うスタッフがいることを認識してもらえるようになった。
- ・ 家族に治療の進み具合等を説明する機会が増えたケースがあった。
- ・ 退院支援委員会があることで、主治医やご家族に入院が長期化することの問題性を提示できる。

■全スタッフが地域移行への意識が高くなった・今後の方向性の確認ができるようになった

- ・ 実際に退院となるかどうかは別として、常に地域移行が可能かどうかをスタッフが検討する視点を持てるようになった。
- ・ 退院に向けた意識づけがしやすくなり、主治医との意向の確認がしやすくなった。
- ・ 推定入院期間を意識した支援が行えるようになり、退院促進につながっている。
- ・ 地域移行出来ているか検討するようになったこと。
- ・ 今後の方向性については確認できるようになった。退院という段階に持っていくのは難しい状況である。
- ・ 精神保健福祉士の意識が変化したことにより、病院全体の意識が変化していった。

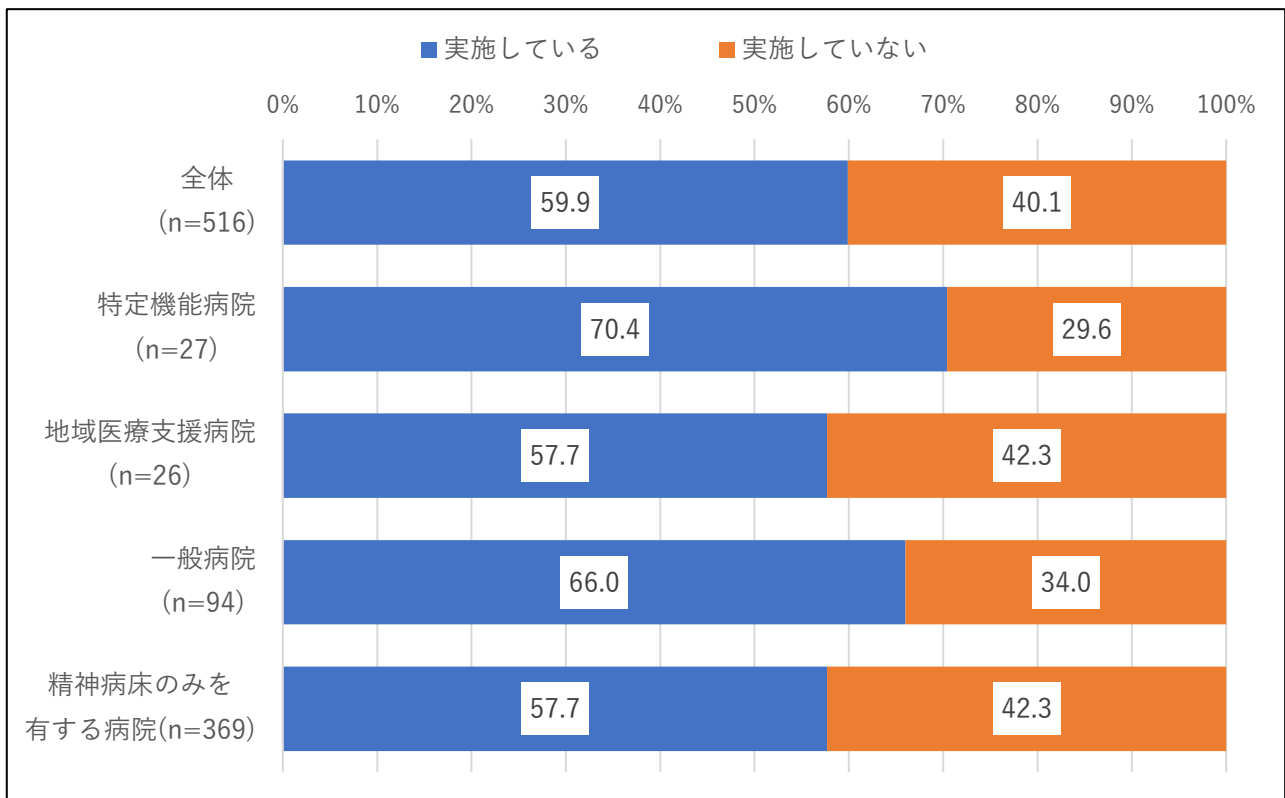
■任意入院への切り替えや施設等へ移行するきっかけになっている

- ・ 任意入院への切り替えや、施設や院内他科へ移行するきっかけにはなっている。
- ・ 1年以上の長期の方でも退院支援委員会の実施等が状況を見直すきっかけにはなっていると思う。
- ・ 退院を諦めていたケースが動くことがある。
- ・ 任意入院に形態変更することはできていると思う。

■その他の変化

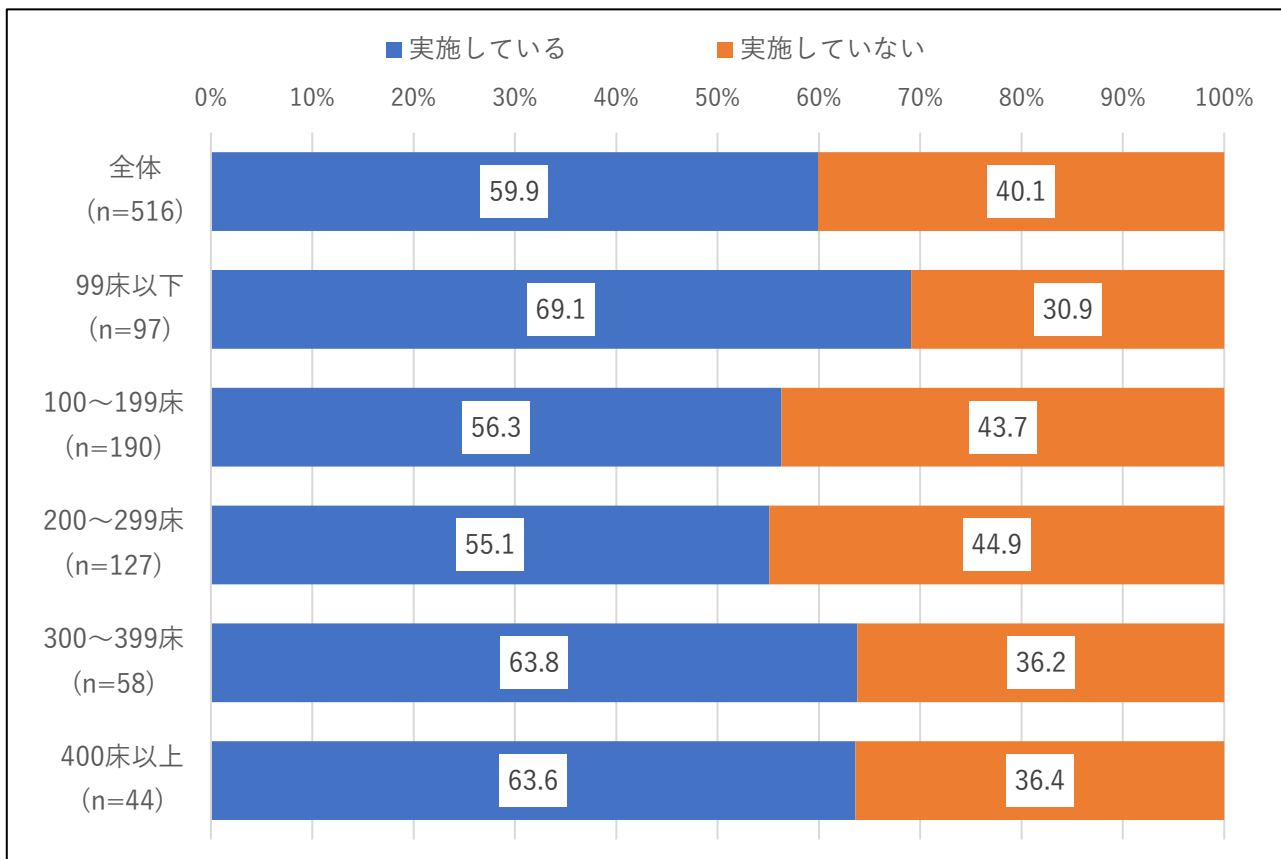
- ・ 退院後生活環境相談員から精神保健福祉士に、地域資源の情報や退院についての質問が増えるようになった。
- ・ 法律に盛り込まれたからと言う理由ではなく、経営上、診療報酬をあげる為に、長期入院者の退院を促進し、新規入院を受け入れるよう努力しています。
- ・ 効果を感じる職種としては、医師と精神保健福祉士が直接的に感じる職種ではないでしょうか。
- ・ 法律が変化して病院の義務として退院できる人は退院してもらおうということはさらにアピールできた。

AQ16-1-①. 任意入院者等への同様の退院促進措置の実施状況（病院の種類別）



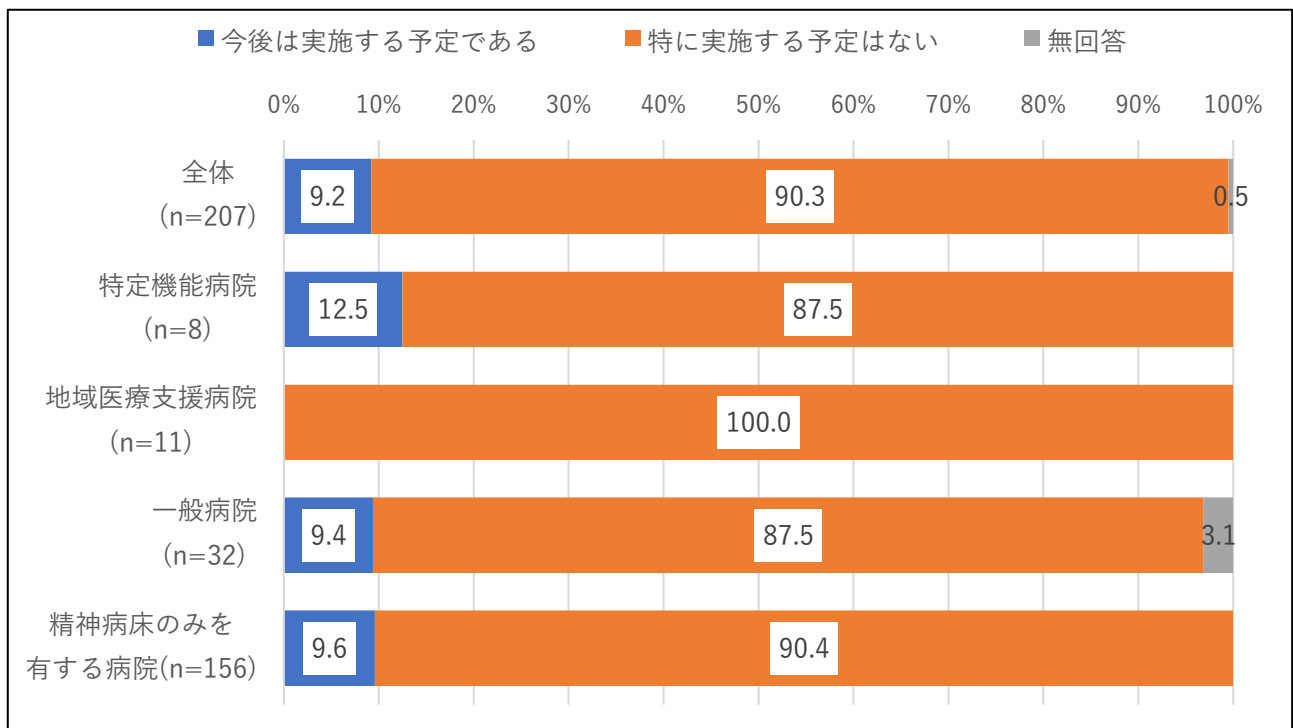
- ・ 任意入院者等の医療保護入院以外の入院形態による入院者に対する同様の退院促進措置実施の有無を尋ねたところ、全体では「実施している」が59.9%、「実施していない」が40.1%であった。
- ・ 病院の種類別でみると、「特定機能病院」では、「実施している」が70.4%、「実施していない」が29.6%であった。
- ・ 「地域医療支援病院」では、「実施している」が57.7%、「実施していない」が42.3%であった。
- ・ 「一般病院」では、「実施している」が66.0%、「実施していない」が34.0%であった。
- ・ 「精神病床のみを有する病院」では、「実施している」が57.7%、「実施していない」が42.3%であった。

AQ16-1-②. 任意入院者等への同様の退院促進措置の実施状況（精神病床規模別）



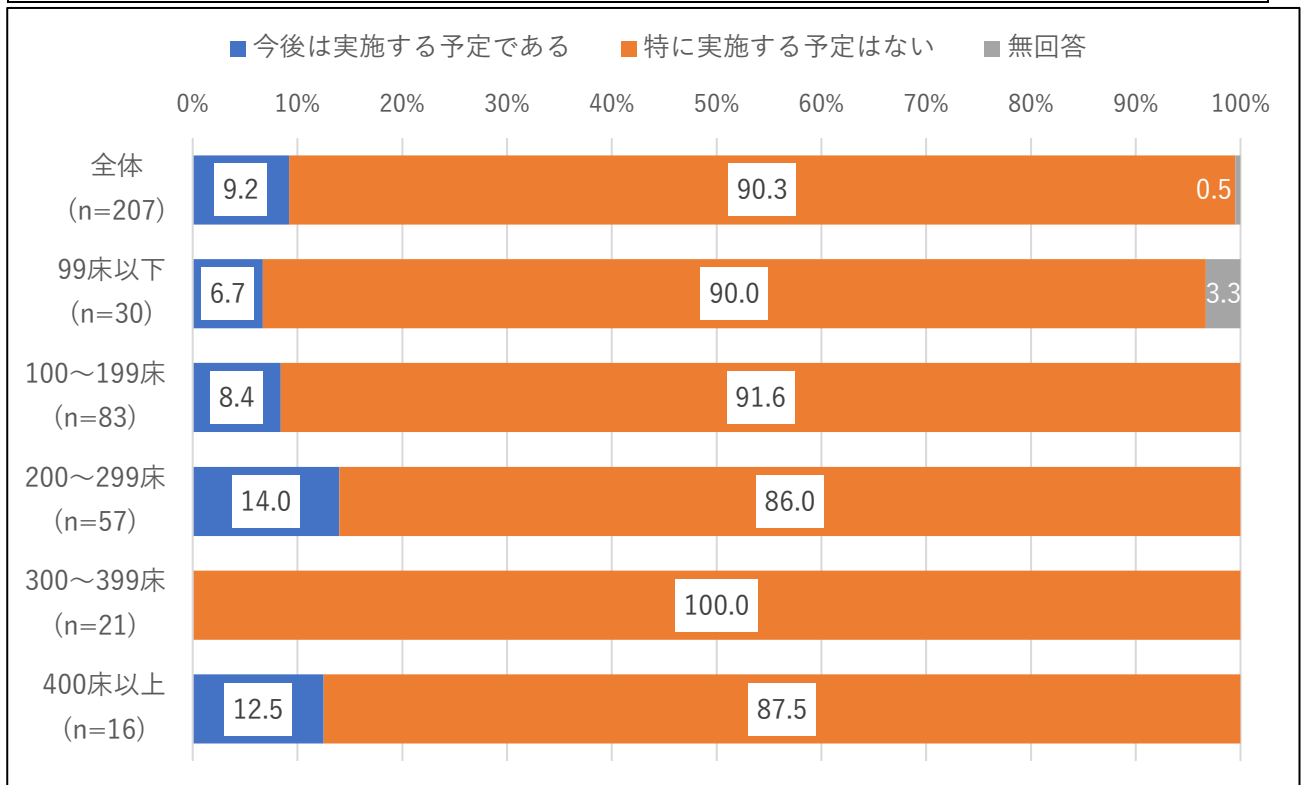
- ・ 任意入院者等の医療保護入院以外の入院形態による入院者に対する同様の退院促進措置実施の有無を精神病床の規模別で見ると、「99床以下」では、「実施している」が69.1%、「実施していない」が30.9%であった。
- ・ 「100床～199床」では、「実施している」が56.3%、「実施していない」が43.7%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「実施している」が55.1%、「実施していない」が44.9%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「実施している」が63.8%、「実施していない」が36.2%であった。
- ・ 「400床以上」では、「実施している」が63.6%、「実施していない」が36.4%であった。

AQ16-2-①. 任意入院者等への同様の退院促進措置の今後の実施予定（病院の種類別）



- 任意入院者等への同様の退院促進措置を行っていない医療機関に今後の実施予定を尋ねたところ、全体では「今後実施する予定である」は9.2%で、「特に実施する予定はない」は90.3%であった。
- 病院の種類別にみると、「特定機能病院」では、「今後実施する予定である」は12.5%で、「特に実施する予定はない」は87.5%であった。
- 「地域医療支援病院」では、「今後実施する予定である」と回答したところはない。
- 「一般病院」では、「今後実施する予定である」は9.4%で、「特に実施する予定はない」は87.5%であった。
- 「精神病床のみを有する病院」では、「今後実施する予定である」は9.6%で、「特に実施する予定はない」は90.4%であった。

AQ16-2-②. 任意入院者等への同様の退院促進措置の今後の実施予定（精神病床規模別）



- ・ 今後の任意入院者等への同様の退院促進措置の実施予定の有無を精神病床の規模別で見ると、「99床以下」では、「今後は実施する予定である」は6.7%で、「特に実施する予定はない」は90.0%であった。
- ・ 「100床～199床」では、「今後は実施する予定である」は8.4%で、「特に実施する予定はない」は91.6%であった。
- ・ 「200床～299床」では、「今後は実施する予定である」は14.0%で、「特に実施する予定はない」は86.0%であった。
- ・ 「300床～399床」では、「今後は実施する予定である」と回答したところはない。
- ・ 「400床以上」では、「今後は実施する予定である」は12.5%で、「特に実施する予定はない」は87.5%であった。

AQ17. 医療保護入院者等の早期の地域生活への移行等を実現する方策として、現行の退院促進措置において改善すべき点や、追加して取り組む必要がある措置

【退院支援・退院促進措置の在り方に関する意見】

■退院促進措置の任意入院者等への適用（14）

- ・ 平成26年3月以前に入院された方々の退院支援委員会は任意となっているが、すべての医療保護入院者に適応すべきと思う。また、任意入院であっても法律を根拠とした退院促進措置を明記すべきと思う。退院後生活環境相談員が担当出来る上限は少なくして、より丁寧に関われる体制が必要と思う。
- ・ 任意入院者にも同様の制度があっても良いと考える。
- ・ 任意入院者の退院後生活環境相談員の選任と退院支援委員会開催の制度化

- ・ 地域移行に課題がある任意入院者は退院促進措置を実施していないため、長期的な入院措置になりやすい可能性がある。医療保護入院者と同様な退院促進措置を実施していくことは、一定の長期入院者を作らない予防策に繋がるように考えます。
- ・ 療養病棟においては、長期入院患者のうち、任意入院の方も多く、医療保護入院に局限した退院後生活環境相談員には疑問を感じました。任意であれば確かに本人の意思で退院する事は可能ではありますが、それでも長期化している現状を鑑み、医療保護だけでなく、全体への退院後生活環境相談員の配置の方がより退院支援に責任が生じて良かったのではないかと思います。
- ・ 医療保護入院から任意入院に移行した後、意識的に声掛けしないと定期的な家族との関りが少なくなり、退院支援のスピードがゆっくりとなる傾向がある。任意入院者全員の定期的な支援会議は行えていないのが現状。長期入院者は、病院が生活の場となっており、病院以外の生活を想像すること自体に不安を感じる方も多し。そういった方への支援に課題を感じている。
- ・ 現状の医療保護入院の退院後生活環境相談員の配置についてはそれまでも含めて病院のPSWの取り組んでいることなので、退院支援委員会が義務化されていること以外に他の入院形態の患者と区別しているものはない。
- ・ 医療保護入院が必要な状態の時に地域の支援者に来てもらっても、かえって刺激になってしまうことも多かった。また本来は病状が落ち着いているはずの任意入院であるのに入院が長期化している方の退院を意識してもらうためにも、任意入院が一定期間続く場合、または入院期間問わず一定期間の入院が続く場合に、退院支援委員会のような話し合いが病院外の職員を入れて開催義務を持つような仕組みがあると良いと思っている。
- ・ 医療保護入院者に限らず、任意入院者も退院促進を同様にすることが大事だと思う。まずは医療保護入院の方を任意入院に切り替えていき、退院支援を行う努力が必要だと思う。
- ・ 退院促進措置は、措置入院者、任意入院者にも必要でありそれらも含めて配置基準を15人に1人と規定すべきと考える。病棟によって機能が異なるが、各病棟に2～3名の精神保健福祉士が専従配置されることが望ましい。
- ・ 入院形態にとらわれる必要はないと思う。医療保護はあくまで入院治療が必要な患者さんが入院治療に同意が得られない場合に医療保護入院になるのであって、入院治療に同意が得られれば、任意入院に形態変更したうえで退院支援をすることが望ましいと思う。
- ・ 急性期病棟の対象者には、地域支援事業者の紹介前に退院が決定され、調整は通院治療となってからになることが多い。
- ・ 開放病棟に多い、任意入院の長期入院者に対する退院支援の取り組みが今後必要と思われる。
- ・ 相談員選任義務化を任意入院の人にも適応させる。

■退院後生活環境相談員の書類事務の煩雑さ、業務過多（29）

- ・ 医療保護入院に関する諸手続き・文書等が煩雑で、多い。退院後生活環境相談員の負担になっており、本来の業務である退院促進・地域移行にかかる相談支援の実施に支障がある。
- ・ 退院後生活環境相談員の業務に関しては、精神保健福祉士が主となり、院内に浸透している。精神保健福祉士の業務過多に関しては、退院後生活環境相談員業務を多職種にも担ってもらうことで解消される可能性はある。
- ・ 定期的に退院支援を検討し計画、評価する仕組みとしてはすごく有効だと感じています。ただ審議記録以外にも複数の書類を作成しなければならず負担に感じることがあります。

- ・ 医療保護入院者の退院促進措置が制定され、入院期間に対しての意識が院内全体で向上した点は良いと思うが、一方書類の煩雑さなど業務量が増えたのも現実として感じており、もう少し簡略化が出来るとスムーズに行えるのではないかと感じている。
- ・ 法律で規定しなくても、随時行っている。むしろ、書類作成の手間が増え、業務が負担が増えた。
- ・ 書類等の形式的業務が多すぎて、逆に億劫になってしまう。
- ・ 委員会開催の日程調整、家族との連絡など事務的な業務が増えた。その分患者と向き合う時間がさかれる。経営者に人員（精神保健福祉士）を増やしてほしいと懇願するも、すぐに対応してくれない。精神保健福祉士を雇い入れる余裕はない、と経営者はいう。地位向上を図る必要がある！
- ・ 退院支援に携わる職員の増員
- ・ 規模の小さな病院においては精神保健福祉士の役割が多く、個別の案件で人員的に十分な退院支援が行えないことも多く、今後は病院全体の役割として取り組んでいくことが必要であると思う。
- ・ 当院では、入院時点から支援を検討することや力動的チーム医療により、病棟全体でどの患者さんに対しても短期入院、早期での地域移行を目指した取り組みを行っています。医療保護入院の期間を意識することも、退院に向けた動きをより意識できるようになりました。地域での社会資源も充実してきていると思いますが、利用するための手続きの簡素化や期間の短縮ができると、よりスムーズにより早く地域生活へ移行できる可能性が高くなるのではないかと感じています。
- ・ 書類の省略あるいは簡略化
- ・ 入院期限を管理すること、会議を開催すること、書類を作成することが大変になってしまっている。
- ・ このような法律の元でなくとも当たり前前に退院支援をしていくことが必要なのであろうが、なかなか進まない我が国としては仕方がないのかもしれない。
- ・ 法改正後、退院支援委員会を開催するようになり開催の準備や書類作成などで時間を要すようになったが、そのおかげで以前より退院促進につながった、という実感はない。なんとなく精神保健福祉士の役割という認識が院内でもあり、他職種の関わりを消極的なものにしていく印象。形骸化の懸念がある。
- ・ 退院支援委員会時の文書の負担感は大いいため、簡略化できたほうが現場は動きやすい。
- ・ 入院形態にかかわらず、必要な方には早期に対応するよう心掛けているが、精神保健福祉士の業務が慢性的に多忙となっており、十分な対応を行うためにはやはりそれなりの人員が必要。（行政や地域も同じような状況かもしれませんが）
- ・ 相談員の業務の事務量のスリム化。相談員の業務の標準化（地域、機関によって実施方法に差があるため）。支援の質が高い（研修認定等）精神保健福祉士の設置要件
- ・ 退院後生活環境相談員の配置人数の拡大
- ・ 医療保護入院でも、任意入院でも、早期の退院支援は必要であり、入院形態によってかわりを大きく変えることは特にはないです。地域の支援者たちともっと連携をとる必要があると思うが、普段の入退院調整に追われ、それ以外にも病院経営をしていくための業務がたくさんあり、純粋に退院支援に使える時間が限られてしまう。多忙さでスタッフのバーンアウトもあり、患者さんの健康を考えると同じくらいにスタッフの健康・メンタルヘルスを考えなくてはいけないが、すべてにおいて余裕がないのが現状。
- ・ スタッフ数を増やして対応していきたいが、精神保健福祉にかかわるコストの安さ（SWの直接介入でとれるコストが少ない、認知症治療病棟の日当点の低さ：基準以上にスタッ

フの数がないと認知症の方のケアは出来ず安全も保たれない など) から、スタッフの
人件費確保も難しく、精神科を運営していく難しさを感じます。

- ・ 長く病院での勤務をしています、経営の難しさは精神科だけに言えることではないと思
います。
- ・ PSW の人員確保、法律や診療報酬によるさらなる業務の確立
- ・ 早期に地域生活への移行を実現するためには、精神保健福祉士の人数を増やすこと、精神
保健福祉士 1 人の担当患者を減らすこと
- ・ 他の業務も重要であり、退院支援に費やす時間の余裕がない
- ・ 元来、退院支援を積極的に取り組むことが出来ていた本院としては現行の退院支援委員会
実施により業務が煩雑になるだけである。
- ・ パス等と連動させ、紙面を減らす（カルテ記載のみ等）ことが出来ると煩雑さが減るので
はないか。
- ・ 現行の制度、つまり退院支援委員会の運営でいっぱいいな状況です。他の業務もし
ながらです。ちなみに本院は、漏れのないように専門の職員つけてます。

【その他】

- ・ 退院後生活環境相談員と、退院支援相談員の役割が退院促進の面から大きく変わらない
が、名前や仕組みが異なることで、患者さんや精神保健福祉士以外の職種で混乱する場面
が見られることから、もう少しわかりやすくなるとよいと思う。
- ・ 退院後生活環境相談員になれる職種を精神保健福祉士に限定すること。

■退院支援委員会に関する意見

【委員会の開催時期・対象・参加者等】(35)

- ・ 「退院支援委員会」が法律上義務化されたことで一部の医療保護入院者には、必ず入院の
必要性について振り返る機会が得られるようになったという、一定の効果はあると思っ
ています。制度が定着してきていますから、できれば、旧制度での医療保護入院者や任意入
院者にもカンファレンスが義務付けられると良いと思いますし、現行制度では 1 年超えの
医保入院者の委員会開催は「任意」となっていますが、必須にしていけるのが望ましいと
考えます。
- ・ 医師によっては「病状に関係なく」入院時の診療計画の推定入院期間を機械的に「11 か
月」とする人もいます。仮に入院時から中期・長期的入院が見込まれる人であっても、入
院から 3 か月目にはすべての患者に対して退院支援委員会を義務付けるなど、「漫然と長
期入院」させないための意識喚起ができると良いと思います。
- ・ 入院してすぐの面接や、中間の退院支援の評価などを組み合わせることで、より早期の退
院後生活環境相談員の介入や課題の確認、アセスメント、プランニングが可能になり円滑
に進むように思う。
- ・ 実際に地域事業者にも声をかけても日程調整が難しかったり、医療保護入院者退院支援委員
会自体が周知されていないことがある。また、退院が難しいタイミングでは参加調整をす
ることができず、本人や家族のみの参加となる。地域との距離は縮まっていない。実際に
カンファレンスが必要な時期と退院支援委員会開催の目安の時期とが一致しないことが多
い。
- ・ 医療保護入院者退院支援委員会に初めて会う地域援助事業者が入ることは難しいと思われ
る。以前より担当していた方が委員会に出席されたことはあるが、初めての場合は患者さ
んも望んでおられず現実的ではない。

- ・ 退院支援委員会を行なうことによって、入院時より退院を意識した視点での関わりを持てるようになり、退院促進につながっていると感じている。
- ・ 退院支援委員会自体や医療保護入院者へ限定すること自体に疑問を感じる。先の設問でも記述したが、ケースに応じて退院支援は実施しており、杓子定規の推定された入院期間に基づく委員会は不要と考える。
- ・ ここ数年来、長期入院者を増やさないよう入院当初から退院については意識していると思う。特に退院促進措置が法律に規定される前から地域移行、退院支援については取り組んできていた。必要に応じてタイムリーにケア会議や面接等開いているので、むしろ医療保護入院者退院支援委員会の開催時期のしぼりが実状に合わない時があり使いにくいと感じる場合がある。
- ・ 定期的に本人や家族を含めて面談を開催しているケースは退院支援委員会不要となると、他の仕事ができるようになるためありがたいです。
- ・ 医療保護入院で入院が長期化している場合、定期病状報告書提出時に退院支援委員会を開催する仕組み
- ・ 医療保護入院の1年に限られた形式的な会議ではなく、任意入院を含めた個別支援会議が促進される必要がある。現状では、会議開催のための労力が否めず、その点の評価制度などがあると、人的資源も集まるのではないかと思われる。
- ・ 医療保護入院が1年以上の場合でも、退院支援委員会開催を必須とする。
- ・ 1年以上の医療保護入院者に対する退院支援委員会について、開催するべきかの判断が難しく明確にしてほしいです。
- ・ 推定される入院期間に限らず、退院に向けて定期的（毎月～3ヶ月）な委員会の開催があると、より退院促進につながると思います。
- ・ 退院支援委員会の開催は「推定入院期間」に因らず、入院から3ヶ月毎での定期開催とすること。
- ・ 退院支援委員会への本人参加を義務とすること。
- ・ 特定相談支援員及びケアマネージャーなど担当が付いている場合は、会議に参加してもらう。
- ・ 障害者虐待も時々散見される。逆に患者さんが家族を虐待している場合もある。権利擁護の視点から退院支援委員会などに権利擁護の専門家（オンブスマン、弁護士など）が必ず入るような形も検討しても良いのではないか。
- ・ 1年以上経過した人にこそ、定期的な会議の開催、地域援助事業者の参加を義務づける。
- ・ 1年以上の入院患者様でも期限をもとに退院支援委員会を行うことの重要性を理解できる仕組みを要するのではないかと考える。
- ・ 1年以上の医療保護入院患者に対しての退院支援委員会実施も原則、実施するのが望ましいと考える
- ・ 推定入院期間の前後2週間ではなく推定期間内に退院について会議をおこなうなど退院支援をおこなった場合も可にする。任意入院に変更になった方についても会議等の必要がある。
- ・ 地域の事業所や行政が参加しやすいような環境作りが必要と考えます。
- ・ 退院支援員会の第三者参加
- ・ 医保委員会に第三者に入ってもらおう仕組み。
- ・ 文書で残すものなど簡素化したい。日頃から移行の動きをしていても、わざわざ退院支援委員会開催での動きや議事など作らないといけなく煩雑になる。

- ・ 退院支援委員会を開催することによって入院予定期間を意識するようになったことは退院に対して大きな効果があると思うが、開催する時期が狭くスケジュールがタイトとなり、結局開催しないといけないから開催するという事になっている場合もある。また、開催前後は事務作業に追われてしまうこともある。退院支援委員会と別に退院前カンファレンスで具体的な話をすることもするため、そういったカンファの場も退院支援委員会とみなしてほしい。
- ・ 対象者の実情に合わせた、退院支援委員会の柔軟な活用
- ・ 病状が重く地域移行の困難なケースに対しても一様に退院支援委員会を開催しても形骸化してしまうので、必要ケースに応じて柔軟に対応できるように改善すべきだと思います。
- ・ 入院後一年を超えると開催は必須でないため開催していないことも多い。病状なのか社会的入院なのか分けて考える必要があるように思う。重度かつ慢性の定義もはっきりしないままである。
- ・ 医療保護入院の委員会、療養病棟の委員会、クリニカルパスのカンファレンス等あるが、制度的にも統一して実施すると良い退院支援委員会という形では実施していませんが、医療保護入院以外でも入院時より退院を意識した声掛けは行っているところです。高齢者でご家族がいないケース等、キーパーソン不在で後見人等の申立が必要となる場合、選任までの期間が長期であることで早期の退院が難しいと感じることがあります。
- ・ 退院支援委員会に該当する医療保護入院者については、現行の退院促進措置の対象として早期の地域生活への移行等に進んでいる実感がある。それは、施設症などを中心とした長期入院による弊害がないこともあり、認知症の方の介護施設等への退院を含めて、入院が長期化することはなくなっていると思う。長期化していても施設の空床待ちなど方向性が定まっていることが殆ど。しかし、退院支援委員会への本人の参加やご家族、地域援助事業者の参加が少ないことも現状で、まだまだ精神科病院の閉鎖性は継続してしまっている。退院後生活環境相談員を担う精神保健福祉士として、本人のニーズを大切にし、入院中の方にも必要とされるサービス導入が円滑に提供される様に、外部機関が病院内に介入しやすい院内環境の整備に取り組む必要があると思っている。また、長期入院者の退院支援についても、いまだ進んでいない現状がある。社会的復権が叶わない現状であることもしっかり考えて、退院支援委員会に長期入院者の名前を追加し、真剣に退院について考える場を作るところから始める必要がある。その場が作られないのは、職種間での長期入院者に対する支援の方向性の違いであったり、稼働率重視の病院経営による影響と考える。あってはならないことだが、当然に長年の入院中心による精神科医療のあり方にも影響されているだろう。なにかそうしたものを抜本的に変えるものが必要と考える。
- ・ 退院支援委員会において、家族や地域援助事業者等に出席してもらうためには本人の希望を確認する必要があるが、重度精神遅滞で判断ができない場合に参加できないため、別の機会でカンファレンスを開催する必要がある。
- ・ 退院支援委員会を開催する時期(タイミング)が患者、家族のニーズと合わない
- ・ 推定入院期間で話し合いを実施することで、腰の重い家族などに声掛けをする機会にはなるが、複数回にわたって退院支援委員会を開催しても以前から長期入院となっていたような患者は長期入院に近づいているし、以前からある程度の期間が経てば改善していたような患者の場合には退院支援委員会を開催せずとも退院に繋がっているの、退院支援委員会の開催の仕方が期間だけで決められているのは負担が増えるだけと感じる。本人が参加できなかったとしても、本人の意向が考慮されるような本人の意向シートなどを退院支援委員会の場で見ると

【否定的な意見】(11)

- ・ 退院後生活環境相談員や退院支援委員会の制度の仕組みが無くとも、当院ではケースごとに適宜主治医からの IC や、MSW の IC 同席、本人・家族・関係機関とのケース会議など適宜開催され、退院促進に取り組んでいる。
- ・ 入院期限が近づいた際の退院支援委員会も有用だとは思いますが、形骸化しやすいように感じる。
- ・ 退院支援委員会の実施は、同席すべき職種のスケジュールを優先にせざるを得ず、家族、支援員の出席を得にくい。医師によるインフォームドコンセントや、関係者会議等代替的に行うケースがほとんどで、退院支援委員会自体が意義をなしている印象はあまりない。
- ・ 推定入院期間の設定や退院支援委員会の開催が形骸化しないか不安がある。
- ・ もともと退院支援は行っており、手間が増えた印象がある。
- ・ 退院支援委員会と、その方の退院に必要なケア会議のタイミングが合わないこともあり、二度手間になっている。
- ・ 退院支援委員会が退院促進しているということはない。結局は、急性期治療病棟等の診療報酬上の治療期間のしぼりの方が効果的であり、多職種連携もしかり、退院時共同指導や介護連携指導料があるため地域支援事業者と協議を行ったりするので、退院支援委員会がそれを後押ししている感覚はない。
- ・ 症状が落ち着き、退院を検討・調整していく患者は重度の認知症以外の方は任意入院へ変更し支援会議を行っている。(退院支援委員会には計上されない)
- ・ 退院促進、院内の連携の意識づけにつながっていると感じますが、退院支援委員会の開催時期が必ずしも適切な時期とは限らず、別枠でのカンファレンス開催が必要となり、参加者への負担増に繋がらないかとの懸念が有ります。
- ・ 医療保護入院者の定期病状報告でも退院に向けた取り組みを検討しており、重複している部分もあり業務の負担も感じる。また患者様にとって退院支援委員会が退院の審査のような印象を持ってしまう患者様も多く、委員会のために言動を意識する方もいて、趣旨に沿った取り組みになっているのか疑問のある方も中にはいる。患者様ごとに病状に応じて家族や他職種での相談や環境調整は進めているので、定期病状報告等で家族や本人の意見を含めた退院に向けた取り組みを報告する事で退院支援委員会の役割は十分になえていると感じる。
- ・ 退院支援委員会の規定がなくとも、これまで地域支援者と連携しながら早期の退院促進をすすめているため、退院支援委員会にかかる事務量が増えることでかえって負担に感じている。

【その他】

- ・ 外部の相談機関との相談の機会がいまだに少ないため、退院支援委員会等を利用して、話し合う機会を設けたいと思います。またピアサポーターの利用を積極的に取り入れたいと思いますが、病院としては消極的です。
- ・ 医師の正しい退院支援委員会の理解が必要です。
- ・ 推定入院期間の上限を設定する

■意識改革・多職種連携(8)

- ・ 病院職員、家族、本人、地域援助事業者の意識改革やサービスの質の向上がないと、退院支援は難しいと思う。
- ・ 病棟看護師も行政や地域の支援事業所や施設との積極的な関わり。

- ・ 長期入院者の退院支援を促進するには医師や看護師の意識を変える必要がある。日精協や日精看にこの課題に対して重点的に取り組むことを依頼していくこと
- ・ 精神科医療における意識改革が必要なのではないかと考えます。精神保健福祉士以外にも精神科医師、看護師等にも退院促進について指導していくのがよろしいかと思えます。
- ・ PSW 以外の職種との連携
- ・ 現在は精神保健福祉士が退院後生活環境相談員等を担い、退院支援に関する取り組みを行っているが、病院全体にその役割が十分伝わっているとはいえない。まずは病院内において、退院支援に関する情報（地域移行・地域定着など）を伝えていく必要を感じている。
- ・ 主治医をはじめとした多職種への周知も必要かと思えます。

■ 診療報酬等の経済的インセンティブ（32）

- ・ 診療報酬の改定
- ・ 早期地域移行を目指すのであれば、外来で支援調整を行うことが出来るように、病院側の支援調整者を配備することにより、外来調整を行うことが出来る点は外来で行えるように診療報酬体制を整備するなど。支援に連続性を持たせるような措置を検討していく必要があると思われる。
- ・ 退院支援に関して、精神保健福祉士が様々なことをしているが、点数化されるのは、地域との連携をしたとき。本人が地域との連携を拒み、病院のみで退院支援をしてきていることも評価に入れて欲しい。現在相談支援専門員の数不足、ケアプラン依頼しても人数一杯と断れることが多い。
- ・ 現状では、退院支援委員会が徐々に形骸化している印象を拭えない。また、コロナによる影響もあり、ますます本人、家族、地域援助事業者の介入が消極的になっている感じもある。退院支援委員会だけでなく、退院促進を病院として進める上では、より短期間での開催な形にすることや、重度かつ慢性の概念整備を進めてもらいたい。その上で、退院促進に診療報酬との関係性を持たせていただければ、民間病院における医師の方針も変化が乏しいと思われる。
- ・ 退院支援においては病院の相談員が大きな役割を果たしている。地域の相談支援専門員や事業所の職員も地域移行支援事業などで入院中から支援に携わるようになってはきたが、当事者本人との関係性で言えば病院の相談員ほどの密な関わりを持つことは難しく、退院後引き続き一番頼りになるのは病院の相談員、という状況になっている方も多いのではないかと推察している。退院直後の数ヶ月は特にその傾向が強いと思われる。ちょっとした電話相談でも積もれば負担となったり他業務を圧迫するため、それらへの対応が診療報酬でも認めてもらえると病院側はありがたいと思う。
- ・ 病院の方針、職員の意識によるところが大きいと考えるので、早期の地域移行に対する診療報酬とのリンク、充実化は促進に効果的であるとは考える。
- ・ 退院前訪問指導、介護支援等連携指導といった取り組みが評価される事が地域移行を、そして精神保健福祉士の存在意義や資質等向上につながると考えます。
- ・ 退院実績に対する診療報酬等の点数化
- ・ 地域移行に移った際の診療報酬など見直しも必要であると思う。
- ・ 医療保護入院が必要な方、状況が必ずあると思えますので、その入院者数を減らすことは難しいですが、他機関と連携して地域へ移行した場合には診療報酬上で評価する仕組みがあると良いと思えます。
- ・ 短期入院とすることで診療報酬面での優遇等

- ・ 診療計画書通りに退院できた場合の診療報酬の加算や退院支援委員会などの退院に向けた取り組み通りに退院できた場合の診療報酬の加算、地域援助者が参加した場合の加算など
- ・ 退院支援委員会や退院促進のためのカンファレンス（ケア会議）に地域援助事業者の参加を必須か努力義務とし、診療報酬化を強化。
- ・ 早期退院に対する診療報酬の加算をつける（入院日数を段階に分けて点数を配分）
- ・ 入院が長期化する毎に精神科療養病棟入院料を減額
- ・ 精神科訪問看護指導料の増額
- ・ 精神科訪問看護指導に公認心理師を追加
- ・ 入院生活技能訓練療法の資格組み合わせや回数などの緩和
- ・ 退院支援委員会を年間 60 件ほど実施している。関係者の調整や、会議実施の際は院内の各職種の参加も多く、実施に伴う業務量も多い。このことから診療報酬につながるとよいと考える。
- ・ 医療保護入院者退院支援委員会を開催した際に、診療報酬に反映されたい。地域援助者に紹介した際にも同様。
- ・ 退院後生活環境相談員の点数化や地域援助事業者の参加に対しての費用負担など、退院促進措置が実施しやすいような工夫があると良い
- ・ 退院後生活環境相談員による、業務に対して価値を病院として認められる制度となることを望む（診療報酬や配置加算 等）
- ・ 退院後の生活環境等の連絡、連携等を踏まえて、退院支援委員会開催に対しての評価はどうでしょうか？と思います
- ・ 診療報酬改定(入院患者が減っても経営が成り立つように)。
- ・ 実際の地域生活に即したスキル獲得のための多職種連携による支援を継続的に行えるような診療報酬の改定
- ・ 病棟の職員配置を厚くし、退院者の状況から基本報酬から上乘せするような報酬体系（退院率や長期入院者の退院実績）が望まれる。
- ・ 地域援助事業所が来院時に、地域援助事業所への報酬が発生する仕組み
- ・ 入院者に対する退院支援を含め、丁寧な地域生活への支援を行うためには医療観察法病棟に近いような人員配置や処遇があったらいいなと思います。また退院支援に対する医療機関への評価も上がることも大切なのかなと感じています。
- ・ 退院支援委員会に参加する地域援助事業者と開催する医療機関に対し報酬が算定されれば、お互いに時間を作りやすくなると思われる。
- ・ 地域援助事業者が病院で患者さんに会い、病院職員と情報交換すると地域井援助事業者に診療報酬が付くとこちらも声をかけやすいです。
- ・ 地域援助事業者につなぎ、面談やケア会議を調整しても当院としては医療点数が加算される等はない（条件に見合っておらず届け出できていない）。十分なスタッフの確保が必要である。
- ・ 地域の医療・福祉機関や行政と、積極的に連携することにプラスの評価を与えてもよいのではないか。

■行政の関与（12）

- ・ 行政の業務を明確化してもらいたい。入院後一定期間内に保健所や市町村担当者が必ず本人、家族と面談を義務化するなど。
- ・ 行政の積極的介入
- ・ そのための配置人数の増加

- ・ 困難事例ほど、保健師などの行政の強い支援が必要なので、支援を強化してほしい。また、法制度の啓蒙活動が必要。
- ・ コロナ禍であるため、公的相談機関（役所や児童相談所等）の職員の方ともオンライン会議ができるようになると、退院に向けた相談がしやすくなると感じております。
- ・ ご家族や地域が地域生活への移行に強い不安を感じ、長期入院を望まれることが多いです。そのため、行政主導による、ご家族や地域に対しての啓発活動等が今後は必要ではないでしょうか？
- ・ 民間の一精神科病院でやれることには限界があります。65歳以上の制度利用の課題がある。市町村担当者に協力いただけるような仕組みがあると良いと考えます。
- ・ 病院や本人が希望して参加するのではなく、患者さんが医療保護入院した時には居住地の行政職員等にも何か退院促進の取り組みを必須にさせていただきたい。
- ・ 市町村保健師の理解の促進。
- ・ 市町村の役割、責任を明確にする。それにより、市町村が退院支援に積極的に関わることが期待できる。
- ・ 措置入院後の退院支援と同じように「地方公共団体による精神障害者の退院支援に関するガイドライン」等により、市町村の責務が明確化されることで、長期入院者の退院促進が進めやすくなると考えます。
- ・ 余計な事務や書類が増えれば増えるほど、関係機関、特に行政相談機関の動きが悪く・遅くなっています。権利擁護の側面から見た場合の退院促進や、そのためのプランニング・モニタリングが重要であることは重々承知していますが、一方で、地域の支援者のフットワークやスピードを落とさない施策を望みます。

■ 高齢者・認知症患者の支援（23）

- ・ 高齢精神障がい者の入院が増加している現状で、特に認知症の患者は入院時は任意入院でも認知機能低下から医療保護入院へ変更せざるを得ないケースもある。また高齢精神障がい者の場合は、精神疾患以外の内科的な疾患を合併しているケースがほとんど（むしろ内科疾患が原因で脳血管性認知症、混合性認知症へ至るケースが多い）であるため、入院後の急変を含めた状態変化が若年の精神障がい者よりも見られやすく、入院期間が長くなる傾向にあるように感じ、一言で退院促進とは言えない現状がある。
- ・ 特に高齢者支援において、他機関と連携することが必須であり、地域連携シートのようなものとリンク出来れば円滑な退院促進や再入院率の低下につながると考えます。
- ・ 認知症患者に対しては別途対策を検討していく必要があると思われる。BPSD、身体合併症等の問題により、受入れ先確保が困難となり一年以内の退院が困難となる事例が多い。精神疾患患者の長期入院者の退院支援に関しては、地域という受入れ側の対策も考え、医療と地域福祉の双方が協力していくような体制が必要であると考えます。
- ・ 当院では認知症の方が多いため、認知症の方がスムーズに退院できるようなシステムがないと退院支援はすすまないと思う。
- ・ 最近では認知症施設で対応困難になり、医療保護入院となるケースが増えている。また、認知症の進行に伴い、退院出来ないケースも増えている。このような方は、数値から外さなければ、実際には退院支援が進んでいても、長期入院者の数値が実情とずれてくるのではと思います。
- ・ 認知症患者の医療保護入院者の地域移行は、現行の退院促進措置とは一部違う
- ・ 高齢化されて介護が必要になった場合でも、精神症状が強く残っている方の退院先が見つかりにくいことから、精神、介護どちらにも対応できる仕組みが作れるとよいと思う。

- ・ 当院の医療保護入院者の多くが認知症になってきており、精神的に落ち着いても受け入れ先がない為に入院が延長されているケースが多い。入院患者の高齢化の影響が大きい。
- ・ 身寄りのない方への身元保証人等の対策。
- ・ 施設入所等で必要時高齢者協会や成年後見申し立ての検討もされるが、時間を要すことや経済的な事を理由に申し立てが難しいケースもあるため。
- ・ 入院したことによって、家族や地域からの関わりをしてもらえないケースもあり、医療機関のソーシャルワーカーが担わざるをえない状況になることが多く、地域支援者のマンパワーも余裕がなく、介入を断られることもある。
- ・ 患者様の身分証がなかったり、経済的な問題や家族の問題で成年後見制度を使わなければ公的な手続きできないなどで退院が伸びてしまうことも多々あります。
- ・ 入所施設の増。身寄りがいない方に対する支援。
- ・ 在宅支援の場が少ないことが、長期入院とつながっていると考える。特に、高齢者の家族の介護負担、経済的負担、施設待ちでの長期入院が増えており、院内の支援だけでは進んで行かず、悩むところである。
- ・ 認知症性高齢者を対象としている場合は、必ずしも早期に地域移行というわけにもいきません。受け皿がやはり圧倒的に少ないこと、地域性で格差が生じること、介護保険サービスと障害福祉サービスとの差異を反映させることが必要と考えます。
- ・ 認知症患者が増えており、在宅は困難で殆ど施設入所申し込みをして順番待ちの状況である。
- ・ 当院は認知症の末期の方が医療保護入院者として多く、死亡退院される方がほとんどです。地域の受け皿もなく、医療を提供する側も限界があり、地域生活移行の難しさを感じています。又、地域生活への移行については、地域の支援体制の強化が必要です。社会資源の充実、人材確保等を行い、医療と福祉が連携しやすい仕組みが必要だと思います。
- ・ 認知症の患者様が多く、在宅介護が困難で施設入所を希望される家族がほとんどである。身体介護が主となっても介護施設への移行に時間がかかり入院継続せざるを得ない。また、精神症状が重度の方や強度行動障害のある方等の行き先が見つからない。施設から入院しても再受け入れを拒まれるケースがある。身元引受人になりうる家族がいないケースも増えてきた。後見人がついていても施設入所まで時間がかかる。
- ・ また認知症治療病棟においては、介護制度下への移行にあたり、症状への対処、拘束継続等により結果として入所に結びつかず、入院が長期化することもまだまだ多く残る課題と考えております
- ・ 当院では、長期入院に至る方の多くは、BPSD 著明の重度認知症患者、問題行動多々の精神遅滞患者などどこへも行き場のない方々です。地域では受け入れてもらえない方をどうしたら良いか頭を悩ませます。
- ・ 身体合併症のある患者の受け入れ先がなく退院調整に難渋している。精神障害者を一般病院でも受け入れるなど、高齢化に、向けた対策が必要です。
- ・ 新規入院者は長期にならず退院している。長期入院の方、長期入院へ移行してしまう方は、病状が重いのか、生活能力が身につけていないか、介護度が低く生保ではない低所得の高齢者が中心となっている。65歳未満の方について、従来の精神障害者のグループホームなどでの対応が困難なことから、地域関係者の質の向上が不可欠となる。また、見守りが必要な65歳以上の自立度の高い方は、介護保険にも障害にも該当せず行き先がない。
- ・ 入院者の高齢化が進んでおり、介護保険、障害福祉サービスの狭間にいるような対象者を受け入れる、施設（住まい）が地域に帰る、ワンクッションとして必要。

■地域援助事業者等の関与（9）

- ・ 地域援助事業者と精神科病院職員の連携（役割分担など）がうまくいかない点があるため、今後の課題と考える。
- ・ 委託相談支援事業者等の役割の明確化　その他地域支援事業者の理解
- ・ 地域移行・地域定着（個別給付）の申請　ピアサポーターの導入　弁護士の導入
- ・ 現行の退院促進の動きをどう変化させていけばよいのかは思いつかない。家族に対して病院以外でも働きかけてくれるような機関があればよいかもしれない。現在の退院支援委員会では、具体的に退院に向かう時以外には地域事業者を呼んでいないので。それをもっと工夫できたら良いのかもしれない。
- ・ 地域援助事業者との連携を管理者の「努力義務」ではなく、義務とすること。
- ・ 病状があまりよくない時期から、地域援助事業者にかかわってもらうことの、地域の理解をすすめることが必要
- ・ 地域移行としては、スタートから本人の望む地域の関係者が関わるシステム。
- ・ 地域支援者がもっと気軽に病院に入れるように、病院と地域の垣根を低くしていくことが必要
- ・ 病院だけではなく積極的に地域の支援者が関われるシステムがあればと思う。

■退院支援プログラム等の導入（3）

- ・ 退院支援加算のルールにそって退院支援・退院調整を実施している
- ・ 多くの医療機関が導入しやすいような地域援助事業者やピアが参加する退院支援プログラムを新たに開発する。
- ・ 入院時からクリティカルパスなどの方法を利用し早期から退院後の支援を見据えた体制を整えることを定め取り組むことを徹底し、診療報酬にも結び付ける。さらに計画相談や障害認定区分ができるまでの期間がもう少し短くなれば退院支援がしやすいと思います。

■その他の意見

- ・ 家族とのコミュニケーションや情報共有及び入所施設などの情報開示
- ・ 色々な状況を踏まえながら、1人1人の最善な方法で取り組みたいと考えている。
- ・ 新型コロナウイルス感染症対策を取りながら自宅以外への退院先の調整を行うことが難しく（外出や面会が以前より制限されている為）、また、法で退院促進措置について整備されても、地域援助者の介入は以前とさして変わりはないように思える。今後も感染対策と退院促進の両立を考えていかなければならないと感じる。
- ・ 元々取り組みがされていない医療機関では、このような促進措置が有効かと思うので、そのような医療機関への働きかけが重要。
- ・ 退院促進措置は継続されるのはいいが、やり方、中身が追い付いていない。入院時のアセスメント、その後の継続的なかわり、地域援助事業者の本人への説明や事業者との関係づくり等、研修などを行い身にしていかなないと、病院によってやり方や精神保健福祉士の位置づけがかなり違うため、標準的なやり方を研修で伝える必要がある
- ・ 当院では救急病棟があり、従来から多職種による退院促進が根付いているため、退院後生活環境相談員の配置や退院支援委員会の開催義務が、退院促進に直接的に影響があった実感はない。地域移行機能強化病棟を行ったことで退院促進が進んだ実感がある。
- ・ 退院促進して、地域に出た後のフォローを更に手厚くできるとよい。病状悪化して再入院した後の、退院促進が更に丁寧にする必要があると感じている。
- ・ 当院においては、病棟機能に関わらず精神保健福祉士の必置を義務化していただくことが最善だとは思いますが、退院促進措置に関して言えば、病棟機能ごとに分化する必要があると考えます。救急病棟・急性期病棟、療養病棟、認知症病棟などにです。

- ・ 慢性期に移行した患者の転院先や一般科や療養病棟を持っている病院への転院先を見つけることが困難。
- ・ 認知症患者や、精神症状が活発な患者に対し、理解が難しいのではないかと思うことも多々あり（書面告知やその文字に反応し、退院欲求の強い患者への刺激にもなる）、入院早々に書面を渡し、説明する意義・意味があるのか疑問に思う。
- ・ 本人や家族とのコミュニケーションをもっと取るような仕組み
- ・ 精神科特例の廃止
- ・ 退院促進については、院内の意識改革と地域における地域移行に対する見直しが不可欠かと思えます。行動制限、人員配置基準を中心に、法の見直しも必要なのではないかと考えます。
- ・ 医療保護入院そのものをなくすべき。任意、措置のみの入院形態で。
- ・ 大きなきっかけを作るには、「精神科特例の撤廃」「精神科病床の機能分化（入院期間や診療報酬まで踏み込んだ形）」が挙げられる。しかし、同時に行き場を失くす患者・家族等を拾い上げる対策も並行して検討を要す。原子力発電所の廃炉とエネルギー政策のような状況か…。
- ・ 医師の指示のもと退院が実現されるため、それが実現しない場合もある。したがって、医療保護、任意等入院形態に関係なく精神科病院の患者さんが退院し易くなるために「治療が終了すれば即退院」という制度や法律を作らない限り前にはなかなか進まないのではないかと感じております。
- ・ 当院では、任意入院の患者様にも相談員がつくことにしているため、医療保護入院以外の患者様の退院支援に苦慮することがあります。そのため、退院後の支援や外来での支援が手薄になってしまうことも多い。かかりつけ医との連携についても、診療所等にソーシャルワーカーがおらず、連携が不十分になることが多い。外来の支援強化をすることで入院予防や退院促進につながると思えます。
- ・ 単に医療保護入院で一括りにしているが、疾患名、病状の重さ、年齢、性別などで条件はそれぞれであり、重度患者については、別の制度や社会資源が必要と思われる。認知症高齢者についても同じことが言える。また、精神科病院に精神保健福祉士が集まらず、支援力の低下や援助技術の継承に今後影響が懸念される。
- ・ 2014年の法改正以前から、医療保護入院に限らず担当相談員の配置や地域援助事業者の紹介を行ってきたため、法改正によってこれらのことが大きく変容し退院促進が大きく加速した、との印象は無い。より一層早期の地域移行・退院促進を実現するのは、“退院後生活環境相談員の頑張り”とか“地域援助事業者への紹介”とかのミクロレベルに帰する問題ではないと考える。
- ・ 166床だが、うち160床が「その他の入院」であり、医療型障害児入所施設兼療養介護の病床になっている。この160床分は障害が重度の方ばかりなので、退院を目標にはしていない。しかし、この方々が地域移行できるのであれば実現できるとよいと思う。そのためには医療度の高い方の地域移行が可能にならねばならず、その方策を示してほしいと思う。
- ・ 退院促進を行える患者に対しては適宜家族と相談しながら退院支援を行っています。
- ・ 退院支援の大事さを理解した上で話しますが、長期入院者の多く（家族も含む）は本当に地域での生活を望まれているのでしょうか。今まで醸成してきた日本の精神保健福祉の文化を変えることはとても難しいです。最近GHが乱立傾向ですが中身が伴っているのでしょうか。日本国民一人ひとりの意識を変えることからスタートだと考えます
- ・ 現状以上の改善すべき点は見当たらず、追加して取り組めることも思い当たりません。

- ・ 現時点では特になし。
- ・ この様な調査などが多く、患者様に対応する時間が圧迫されている。

【地域・社会資源・制度の課題】

■サービス利用に係る課題（6）

- ・ 医療の現場における退院支援のスピード感と、総合支援法の制度利用の手続きにかかる時間に乖離があるため、スムーズに退院支援が進まないことがままある。また、入院と社会資源の移行部分が本当に必要な支援だが、それに該当する社会資源がないため、入院でカバーすることにより入院が長期化したり、準備が整わない状態で社会資源につながりドロップアウトするという現状があるように感じる。
- ・ 介護保険や障害福祉サービス等の手続きに時間を要し退院が円滑に進まないことがあるため、よりスピーディに制度利用できることが望ましい。
- ・ 地域サービスの充実も必要であるが、入院中に介護保険や障害福祉サービスの申請後、決定までに時間が掛かりすぎる。
- ・ 地域的な課題なのかもしれませんが、相談支援事業所の新規依頼がなかなかできない現状があり、受け入れ可能な事業所探しに時間が掛かることが多いです。相談支援専門員がとても忙しくしているのを知っているため、依頼に気が引けてしまうこともあります。
- ・ 障害サービスを利用したくとも、認定に時間がかかる。計画相談員が不足している
- ・ サービス導入までの時間がかかるので改善できたら利用しやすくなる。地域によっては計画相談も一杯ですぐに担当できないといわれることがある。

■資源不足・支援者の理解不足（27）

- ・ 在宅介護に対して、特に夜間などの介護支援体制がないと在宅復帰は難しいと思われる。サービスの活用が地域によって異なる相談支援専門員をはじめ支援事業所の中には精神疾患への理解が乏しい方が少なくない印象を受ける。
- ・ 症状悪化時の印象が強く地域や家族の受け入れがなかなか厳しい人、身寄りのない人などが長期化しやすい傾向にある。
- ・ 病院内や関係機関の頑張りだけでは難しい所もあり、地域社会の理解の促進や、安心して住める場の広がりがあれば、また進んで行くのではないかと思います。
- ・ 地域の基盤が弱すぎて必要な支援を受けたい時に受けれない。（計画相談事業所の受け入れ先が決まらないなど）
- ・ 地域の社会資源の充実。
- ・ 相談支援専門員の質がともなった増員。
- ・ 介護保険関係者の精神疾患への理解。
- ・ 任意入院者等退院支援委員会の対象とならない方に関しても、入院後早期にカンファレンスを実施するなど退院への取り組みは当然のこととして行っています。早期退院・地域支援への取り組みは以前からおこなっていますが、社会資源の問題などもあり限界の状況です。今後は診療報酬上も地域支援への取り組みがより評価されるような仕組みや、地域の受け皿となる社会資源の充実がないと、これ以上の退院促進は難しいと思います。
- ・ 当地では、精神疾患者の利用できる施設や支援事業所、またアパートなど住まいに相当するような所など受け入れ先が少ない事、家庭に戻るにも地域の偏見や排除によって家族が受入に難色を示すことも多く、本人はもとよりその家族を支える支援が構築しにくい事など課題が山積していて、退院支援を行うにはまずは地域に出てからの受入体制の充実を図る方が優先と考える。

- ・ 受け入れる地域側、退院促進させる医療機関側の両方が同じ目標（入院治療すべき事が終われば早期退院することが当たり前で、入院治療が必要な患者を待機させない）体制が当たり前になること。当たりの姿になること、が必要。
- ・ 認知症と比べ、精神疾患に関しては受け皿が少ない印象があります。就労系の施設は増えている印象ですが、居住系はまだ増えても良いのではないかと個人的に感じています。
- ・ 社会資源の有無に左右されることはある。老人関係の施設が多くある、障害者の施設が少ないなど。
- ・ 施設等の社会資源の充実が必要だと思いました。
- ・ 現状地域での支援体制（計画相談員不足、質が低い）および資源の不足により地域移行が進まない。
- ・ 地域でのサービスの幅を広げた方が良いと思われる。特に在宅支援（365日24時間）のサービスがすくない。
- ・ 地域性による社会資源の不足が課題。
- ・ 低所得者が利用可能な入所施設がない。
- ・ 低料金で利用できる施設・サービス等が増えることにより、患者様や家族が、支援を選択できるようになるとより退院が調整しやすいのではないかと考える。
- ・ 高齢障がい者に対する退院後の受け皿の拡大
- ・ 病状を医師が退院可能と判断しても、行き先がない、受け入れ先がないから退院できない方が多いのが現状なので、それを病院でどうこうするばかりでなく、地域を耕していく方法を考えてほしいと思う。制度があっても実際のところ使えない、ヘルパーが足りないと言われてはどうにもならない。新しいものを出してくるより、今あるものが9割が活用できるような国としてお金も物もかけてほしい。
- ・ 精神科病床から地域生活への移行にあたり、受け皿の少なさや社会全体での意識の低さが地域移行に繋がらない点ではないかと思えます。
- ・ 退院先となりえるような入所施設の充実
- ・ 退院先の受け皿の充実。65歳以上の高齢者については、施設選択も比較的豊富だが、65歳未満の患者さんの場合は、一人暮らしや家族の所に戻れない場合、神戸市内ではグループホームか救護施設しか受け皿は実質的にないが、数が少ない上に、専門的知識を持ったスタッフが充実しているとは言えない状況がある。
- ・ 病院や医師を始めとする医療従事者の意識改革も当然必要だが、退院支援を共に協働する相談支援専門員のマンパワー不足、生活拠点となる受け皿（グループホームや精神障害者が単身で借りれるアパート等）の資源開発・拡充、入院を継続している方が月々の負担が障害基礎年金2級総額でも賄われてしまうという経済面でのアンバランスなど様々な点において大いに改善の余地があると思われる。
- ・ 家族や地域支援者でため込まず、早期の治療や相談を医療機関にしてほしい。また、退院後も地域支援者も受け入れや連携に協力を。
- ・ 相談支援事業所のスムーズな連携、就労系事業所やグループホームなどの適切な連携体制。
- ・ 本人を受け入れる場所がない場合や病状の改善が乏しい方に対して支援が進まないときはとても負担に感じる。退院支援委員会の必要性は理解できるが退院後のリスクや家人の負担を考えると退院がはたして良いことなのかと考えることもある。実際に退院するには支援が少なすぎる社会の現状も多くあると思えます。そのあたりをもっと整えていただきたい。

■マンパワー不足（12）

- ・ 退院調整をする際にも、地域の行政スタッフの不足・支援者たちの多忙、どこもみんな余裕がないと感じます。
- ・ 保健所や相談支援事業所のマンパワーが不足しているように思う。自治体によっては、計画相談や退院後の支援を依頼しても多忙を理由に断られることがある。またグループホームなどの数も少なく、受け入れのハードルが高い場合も多く（「自傷があれば退去」「作業所に週3いけなかったら退去」など）、「グループホームにいけないから一人暮らしを目指そう」という方針になることも多い。このような歴史があり、また医療者は地域の社会資源の状況などの把握不足もあって、医療機関が患者を抱えがちとなり、地域とのスムーズな連携が難しくなっている側面もあると思う。
- ・ 行政や地域事業所側の受け入れ態勢が充実してくれる（精神障がい者への理解）と良いと思います。
- ・ 病院に押し付ける風潮がまだまだ根強い為、行政や支援関係機関、施設等がスキルを向上させて適切な役割分担が出来る様になる事。
- ・ 地域で何か問題を起こしてしまうと病院で落ち着いていても受け入れがないケースがあるため、地域の受け皿だけでなく、意識の改革も必要だと思う。
- ・ 「患者さんが退院して地域で生活を始めることに対する根強く残る地域の抵抗（地域の保健師等支援者から拒否があることもある）」、「病識がない方への対応、本人や家族がサービス利用を拒否し続ける場合の介入の難しさ」、「地域では病院のような24時間手厚いフォローができない（受皿不足、マンパワー不足）環境の中でいかに地域で生活し続ける取り組みを行っていくか」等日ごろ業務を行っている中で課題として感じます。
- ・ 病院や法律ではもう限界だと思う。
- ・ 地域が退院に向けて前向きになる、家族の同意を得る事が大変だが課題となると思われる。
- ・ 退院促進は病院と地域の協力が不可欠であり、地域の支援基盤が脆弱であり、相談支援専門員の配置（1人あたり担当者数）の適正化、計画相談の実施率が上がることなど、マンパワー充実を図る予算措置を強くお願いしたい。
- ・ 相談支援専門員の充実。
- ・ 相談支援専門員の人数の拡大が求められる
- ・ 地域移行を担う事業者を増やすこと、連携強化のための仕組みを地域ごとに作ること

■偏見の解消（3）

- ・ 地域の精神障害を持つ方に対する偏見の是正。
- ・ 精神障害者への偏見をなくす、理解をふやす、その為には、教育現場への介入が必要。
- ・ 地方においては、特に社会資源が乏しかったり地域の理解が不十分だったりしますので、行政も含めたさらなる啓発が必要かなと日々感じております。

■住居等の確保（12）

- ・ 本人や家族が安心して退院を考え、地域生活への移行を進めていくためには、施設とアパートやグループホームの中間となる、24時間の支援を受けることができる居住が必要であると感じる。また、地域によって、居住先が少ない。
- ・ 生活の場所の確保
- ・ 保証人や緊急連絡先がない患者さんが入れるような住居の確保。児童思春期の患者さんの場合、家族が受入困難だが精神科のケアが必要な場合の施設の拡充（児童心理治療施設など）

- ・ まずは居住先の確保が必要。並行して支え手の確保も必要。精神症状が良くなっても、帰る先がない、家族が反対してサービスが使えないなど多くの課題があると思います。
- ・ グループホーム以外での住居支援の施策
- ・ 精神障害者だからというアパート契約の難儀さやグループホームの少なさで退院は延びてしまいがち。
- ・ グループホーム不足や独居に対するアパート探し等、スムーズに進むよう対策をお願いしたい。当地域では、グループホーム不足のため入所が難しい状態です。
- ・ グループホーム等地域社会資源の整備
- ・ 退院先の受け皿として、手厚いケアが受けられるグループホームが現状では少ないので増やす。
- ・ 日中支援型グループホームの充実と地域事業者の精神科病院における長期入院者や医療保護入院者の疾病特性や状態像の理解。
- ・ 家族との関係悪化や日常生活能力の低下のため自宅等に戻れない場合の選択肢としてグループホームがあるが、障害福祉サービス利用の際に相談支援専門員の空きがなくなかなか決まらない現状が続いており、入院期間が長期化している
- ・ 退院先として、日中支援型のGHが増えているが、区分3がつく者が少なく、入居できない現実がある。精神障がい者は自分でできることも多いが不調時は全く機能しないこともあるので、区分2でも日中支援があり入居できる施設等があると良い。

■精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（5）

- ・ 地域包括ケアシステムの具体的な情報がない
- ・ 医療保護入院者は入院が適当と判断される重症の状態です。そのような方々の受け皿は地域に皆無です。医療機関に退院促進を背負わせるだけでなく、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの充実（重症者の受け皿を創る）、人材育成を並行して行うことを望みます。
- ・ 医療機関に対して「市町村の精神障害者の支援に関する協議の場」が意見を伝える機会の制度化
- ・ 重度精神障害者に対するアウトリーチ活動（医者含む）の充実。
- ・ 当院は地域の一社会資源として精神科医療の担う医療機関として既にネットワークはできており、退院支援においても周囲の協力が得られやすい状況にある。退院の阻害要因となっている居住の課題は、地域課題として自立支援協議会で検討している。

■地域移行支援（6）

- ・ 地域移行支援事業は地域援助事業者と病院が共同して退院支援を進めるとも意義のある事業だが、6か月以上の長期入院者が対象となるため、当院のような急性期病院では活用する機会が全くと言っていいほどない。また、計画相談を依頼しても、事業の担い手が乏しく、受け入れていただけずサービスに繋がたくても繋がりにくい現状がある。
- ・ 地域移行支援事業はほぼ利用できていない（地域で担えるキャパがない。）
- ・ 地域移行支援を利用する際に、手続きなどが分かり辛く、気軽に利用できていない。社会資源の地域格差も感じている。
- ・ 地域生活へ移行、ということを掲げているが、住居に関するサービスが充実していないと、地域移行そのものが不可能ではないでしょうか。
- ・ 相談支援事業の従事者が完全に不足している。地域支援の要である前述事業者を探すための労力が無駄。地方でさえ事業者を選定してから福祉サービス利用までに2か月かかる。”医療”側だけが退院促進しても地域資源が不足しているため、地域移行できないという本末転倒な状況にある。

- ・ 退院後に利用するサービスをイメージできるように、退院に向けての外出・外泊中にヘルパーや訪問看護等のサービスを体験できる仕組みなど。

■地域援助事業者等の報酬の確保（５）

- ・ 地域移行を進める中で相談支援事業所の利用者が増える一方、見合った報酬が得られないことで、人員の確保ができず、事業所側で慢性的なマンパワー不足に陥っている。それにあたり、相談支援事業所の新規利用者の契約先を確保することが困難となる悪循環が生じている。
- ・ 児童精神科ですので、放課後等デイサービス事業所と連携することが多いです。児童福祉法の事業所ですので、退院支援委員会に参加していただいても、児童福祉法の施設には、経済的な支援がありません。
- ・ 公営住宅やGH、特養等への優先枠や受け入れた施設への加算。
- ・ 地域の事業所へもっと手厚いペイが必要。多忙過ぎて、コンタクトが難しいことが多い。事業所格差や個人差も多く、質が良くない事業所には頼みたくないため、偏ってしまう。地域事業者の質を担保しつつ、報酬増を期待。
- ・ 退院支援委員会に参加する地域援助事業者に対し、参加した事業者が介護保険や障害福祉サービス等で点数化されると参加する側もさらに参加がしやすいと思います。また、1年以上経過した患者様に対しても継続して開催した場合の点数化等あれば良いと思います。

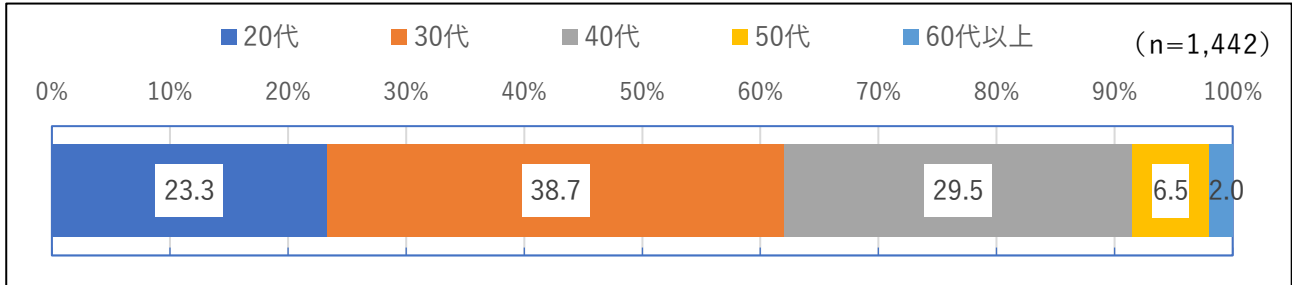
■家族の負担軽減（４）

- ・ 退院後の受け皿としてグループホームやヘルパー・訪問看護等の地域支援者は増加しており、皆さん頑張って取り組んでいる様子が見える。退院に当たって障壁は、家族である場合が多い。退院後に家族の負担が増えると考え、「できれば緊急時や死亡時のみの関りにしたい」と考える家族も少なくない為、成年後見制度以外にも家族機能の代行を行えるサービスがあると良い。
- ・ 俯瞰して考えると患者個人が意思決定したことをかなえられる制度とし、例え患者が犯罪を犯してもその家族は刑事および民事でも責任を取る必要のないものとなってほしい。市町村単位で退院促進を中心になってとりかかるとは、限界があるように思う。
- ・ 行政（国）が取り組んで、協力できる、家族だけに大きな負担を課すものではないということの説明をやっと説得できる家族もいる。
- ・ 少なくともはなってきたが、家族の受け入れ状況が入院期間に比例している印象があるため、家族への支援が必要と考える。

2) 調査B（退院後生活環境相談員を対象とした調査）の結果

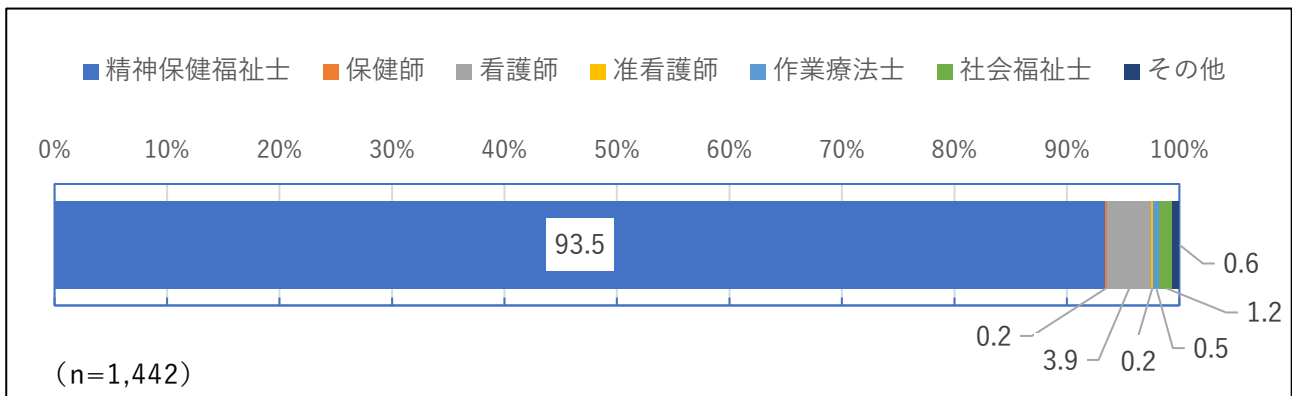
回答者の基本情報

BQ1-1. 年代



- ・ 回答者の年代は、割合の高い順から「30代」38.7%、「40代」29.5%、「20代」23.3%、「50代」6.5%、「60代以上」2.0%であり、20～40代で90%を占めていた。

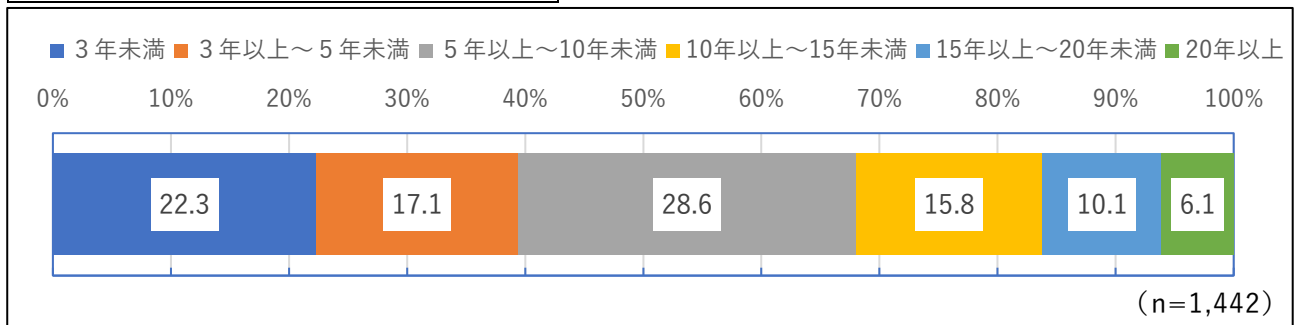
BQ1-2. 職種



- ・ 職種については、「精神保健福祉士」が93.5%と大多数を占め、次いで「看護師」が3.9%、「社会福祉士」1.2%、「作業療法士」0.5%、「保健師」0.2%、「准看護師」0.2%、で、「その他」は0.6%であった。
- ・ 「その他」の職種（自由記述）は下記の通りであった。

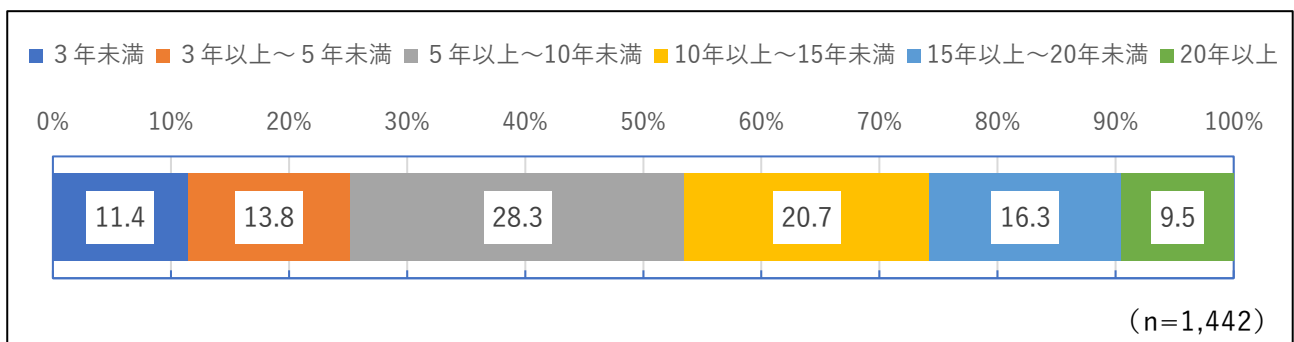
- ・ 精神保健福祉士と社会福祉士
- ・ 公認心理師
- ・ 相談員
- ・ 退院後生活環境相談員2号
- ・ ケアマネジャー
- ・ 介護支援専門員
- ・ 事務職員

BQ1-3. 現在勤務する病院での経験年数



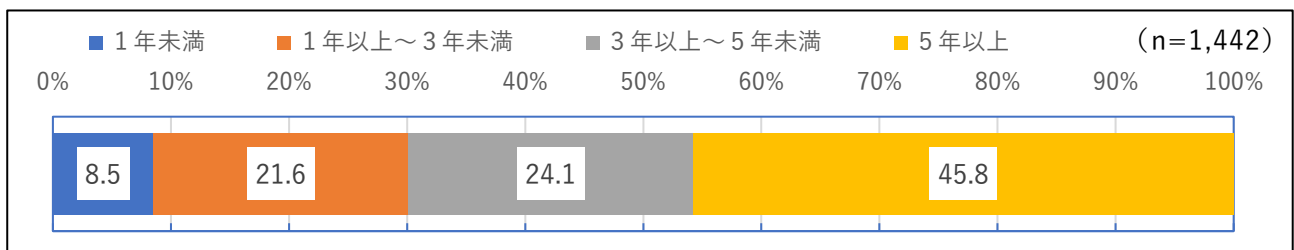
- ・ 現在勤務している病院での経験年数は、割合が高い順から「5年以上～10年未満」28.6%、「3年未満」22.3%、「3年以上～5年未満」17.1%、「10年以上～15年未満」15.8%、「15年以上～20年未満」10.1%、「20年以上」6.1%であった。

BQ1-4. 専門職としての通算経験年数



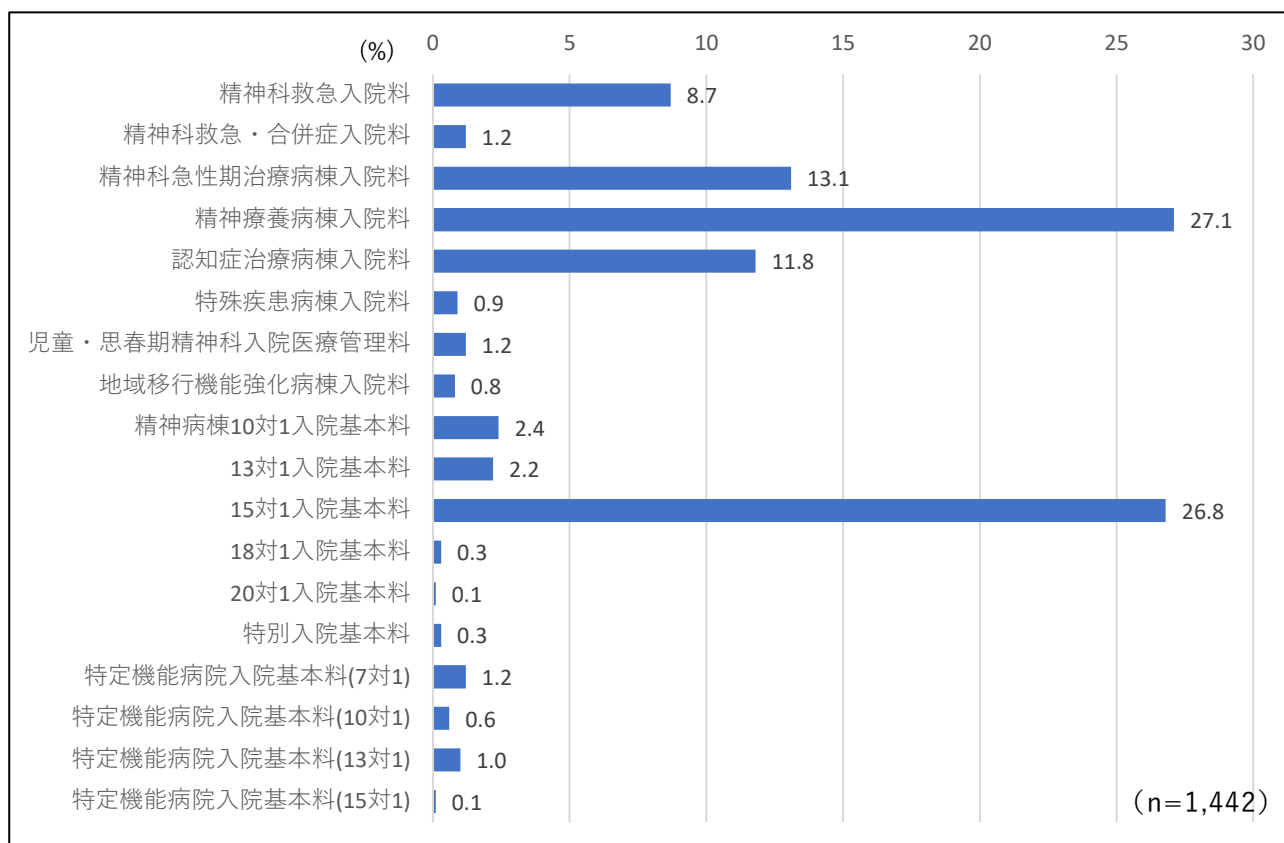
- ・ 専門職としての通算経験年数は、割合が高い順から「5年以上～10年未満」28.3%、「10年以上～15年未満」20.7%、「15年以上～20年未満」16.3%、「3年以上～5年未満」13.8%、「3年未満」11.4%、「20年以上」9.5%であった。
- ・ Q1-3の「病院での経験年数」の傾向と比較すると、10年以上となる回答の割合が増えていることから、現在の職場（病院）だけでなく、複数の職場で経験を積んできている者が多いことがうかがえる。

BQ1-5. 退院後生活環境相談員としての経験年数



- ・ 退院後生活環境相談員としての経験年数は、割合が高い順から「5年以上」45.8%、「3年以上～5年未満」24.1%、「1年以上～3年未満」21.6%、「1年未満」8.5%であった。
- ・ 調査Bの回答者は、退院後生活環境相談員として3年以上の経験がある者で約70%を占めていることがわかる。

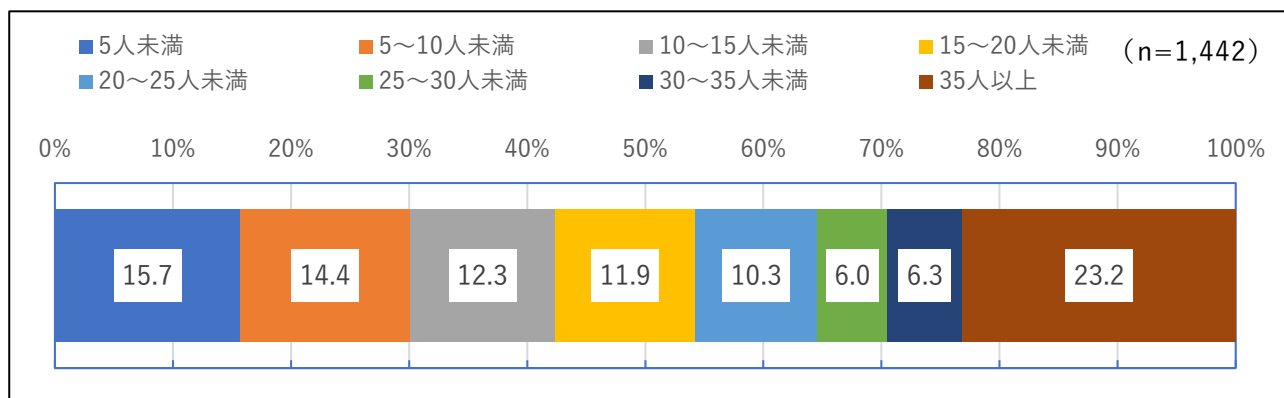
BQ1-6. 専従または主に担当している病棟



- ・ 専従または主に担当している病棟は、算定している入院料等で見ると、「精神療養病棟入院料」27.1%が最も多く、次いで「精神病棟15対1入院基本料」26.8%、「精神科急性期治療病棟入院料」13.1%、「認知症治療病棟入院料」11.8%、「精神科救急入院料」8.7%の順であった。
- ・ それ以外は、それぞれ2.4%以下の割合であった。

退院後生活環境相談員の業務について

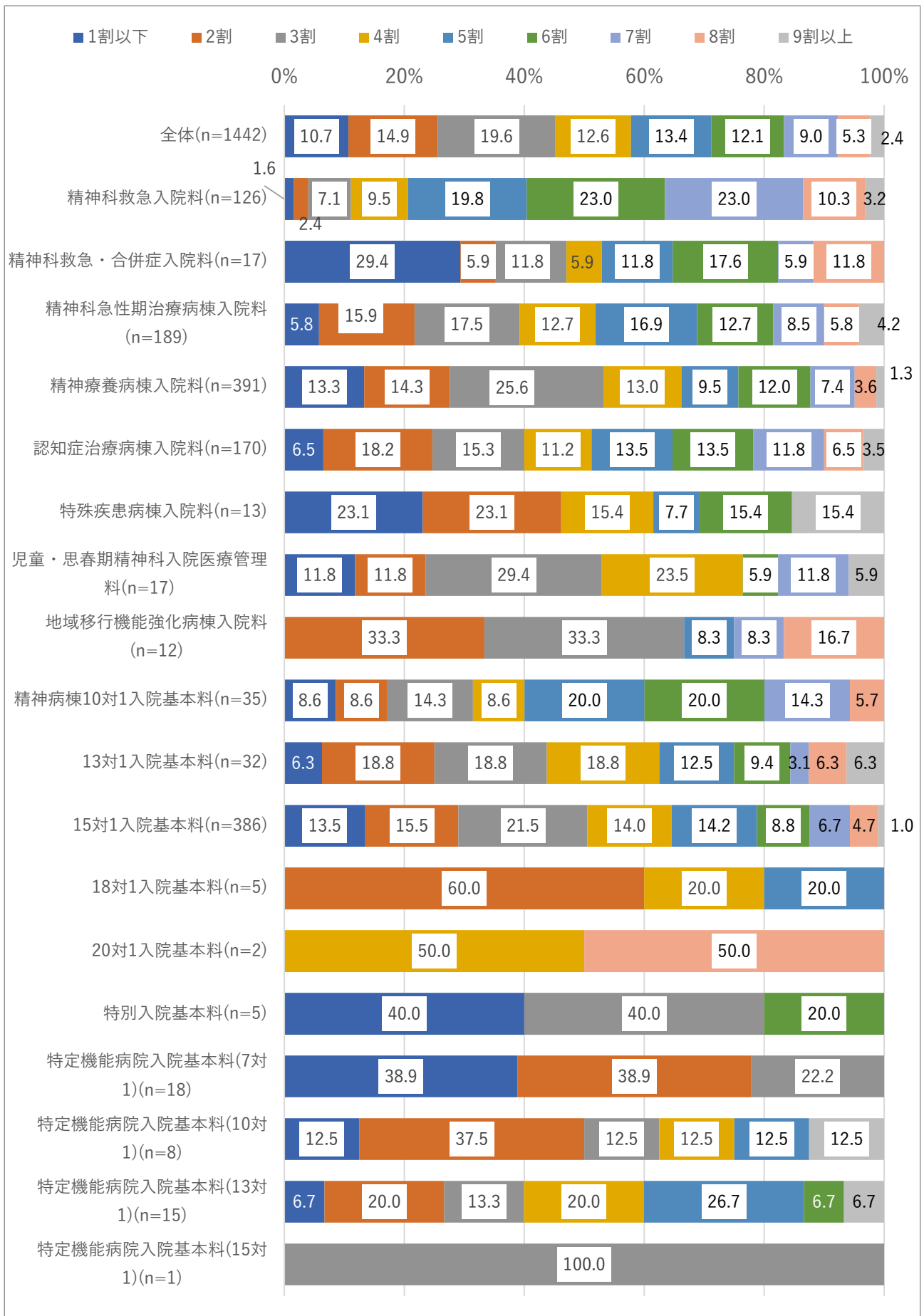
BQ2-1. 退院後生活環境相談員としての現在の担当数



- ・ 本設問では退院後生活環境相談員として担当している患者の実人数（現在の担当数）を尋ねた。
- ・ 現在の担当数を単純平均すると、21.6人であった。
- ・ 5人毎で区分けしたところ、最も多かったものは「35人以上」で23.2%であった。続いて、「5人未満」15.7%、「5～10人未満」14.4%、「10～15人未満」12.3%、「15～20人未満」11.9%、「20～25人未満」10.3%、「25～30人未満」6.0%、「30～35人未満」6.3%であった。
- ・

<BQ1-6×BQ2-1 退院後生活環境相談員としての現在の担当数（担当病棟別）>

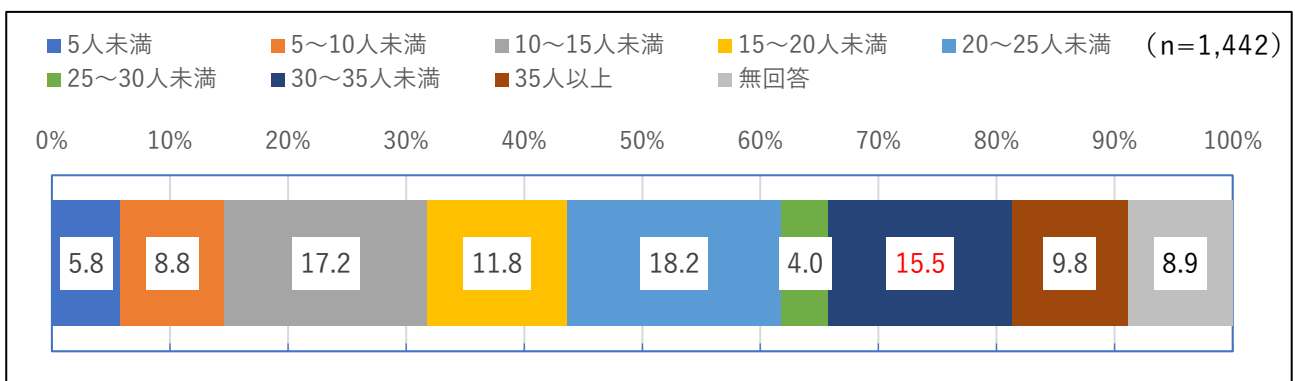
専従または主に担当している病棟と、退院後生活環境相談員としての現在の担当数（担当数）とでクロス集計を行った。



	1割以下	2割	3割	4割	5割	6割	7割	8割	9割以上	計
全体	154	215	283	182	193	175	130	76	34	1442
精神科救急入院料	2	3	9	12	25	29	29	13	4	126
精神科救急・合併症入院料	5	1	2	1	2	3	1	2	0	17
精神科急性期治療病棟入院料	11	30	33	24	32	24	16	11	8	189
精神療養病棟入院料	52	56	100	51	37	47	29	14	5	391
認知症治療病棟入院料	11	31	26	19	23	23	20	11	6	170
特殊疾患病棟入院料	3	3	0	2	1	2	0	0	2	13
児童・思春期精神科入院医療管理料	2	2	5	4	0	1	2	0	1	17
地域移行機能強化病棟入院料	0	4	4	0	1	0	1	2	0	12
精神病棟 10対1入院基本料	3	3	5	3	7	7	5	2	0	35
13対1入院基本料	2	6	6	6	4	3	1	2	2	32
15対1入院基本料	52	60	83	54	55	34	26	18	4	386
18対1入院基本料	0	3	0	1	1	0	0	0	0	5
20対1入院基本料	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
特別入院基本料	2	0	2	0	0	1	0	0	0	5
特定機能病院入院基本料(7対1)	7	7	4	0	0	0	0	0	0	18
特定機能病院入院基本料(10対1)	1	3	1	1	1	0	0	0	1	8
特定機能病院入院基本料(13対1)	1	3	2	3	4	1	0	0	1	15
特定機能病院入院基本料(15対1)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

- ・ 実際の件数は表の通りであった。上位 10%の区分を青色にしている。また、該当なし(0)は灰色にしている。
- ・ この結果から回答者の分布をみると、最も多かったのが、担当の病棟が「精神療養病棟入院料」で退院後生活環境相談員業務割合が3割である者は100人(6.9%)、次いで「15対1入院基本料」で退院後生活環境相談員業務割合が3割である者は83人(5.8%)であった。

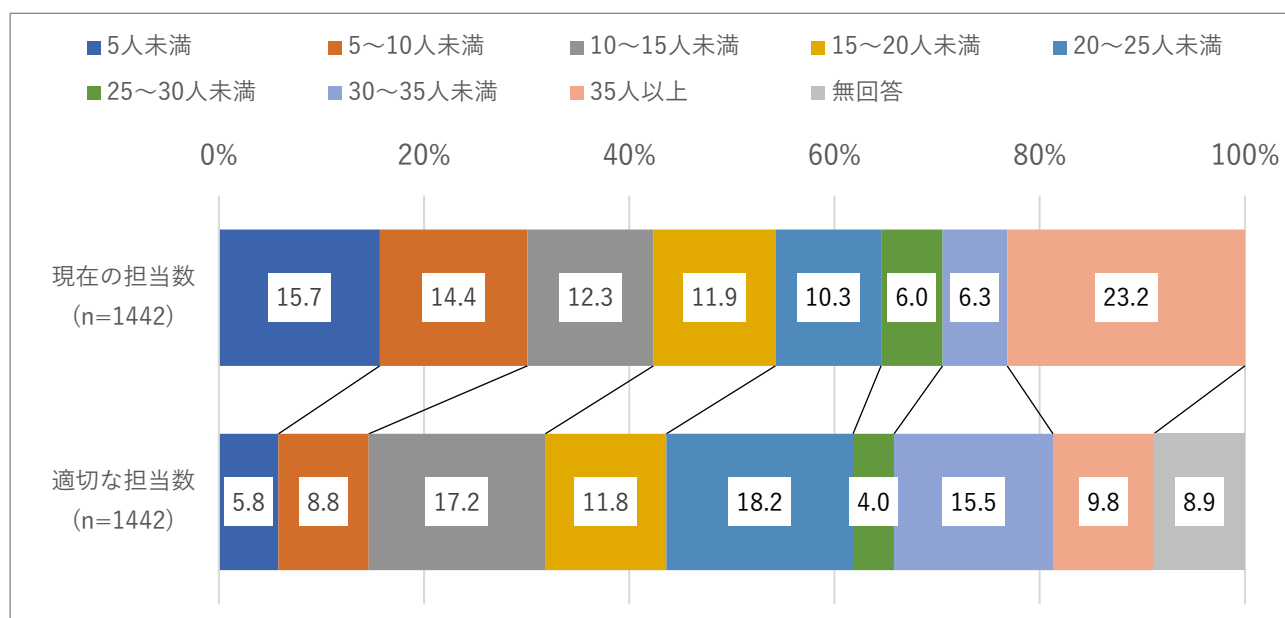
BQ2-2. 退院後生活環境相談員の業務を適切に行うのに適当だと思う担当数



- ・ 本設問では「退院後生活環境相談員の業務を適切に行うには、何人くらいの担当が適切」だと思いかを尋ねた（適切な担当数）。その他の自由記述内容から不適切回答と考えられた 129 件については、「無回答」とした。
- ・ 適切な担当数を単純平均すると、19.9 人であった。
- ・ 5 人毎で区分けしたところ、最も多かったものは「20～25 人未満」で 18.2%であった。続いて、「10～15 人未満」17.2%、「30～35 人未満」15.5%、「15～20 人未満」11.8%、「35 人以上」9.8%、「5～10 人未満」8.8%、「5 人未満」5.8%、「25～30 人未満」4.0%であった。
- ・ その理由についての自由記述からは、以下のような傾向をみることができた。
 - 実際の担当数に照らして、現状の担当数が退院後生活環境相談員としての業務量から適切であるとする傾向があった。
 - 回答者が担当する病棟の病床回転率や医療保護入院者 1 人あたりの業務量が異なることが適切と考える担当数に影響している。
 - 比較的少ない担当数を適切とする回答では、個々の患者・家族や関係機関と適切にかかわるためとする傾向がみられた。

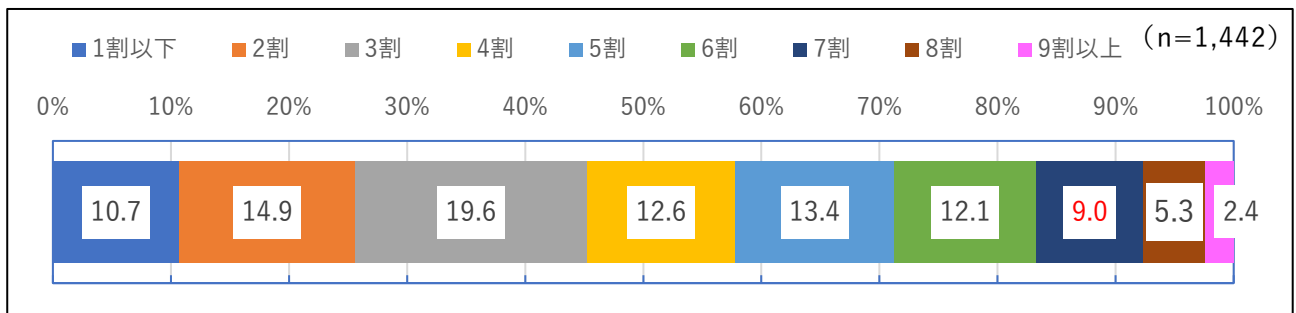
<BQ2-1 退院後生活環境相談員としての現在の担当数・BQ2-2 退院後生活環境相談員の業務を適切に行うのに適当だと思ふ担当数>

退院後生活環境相談員としての現在の担当数（現在の担当数）と、退院後生活環境相談員の業務を適切に行うのに適当だと思ふ担当数（適切な担当数）とを比較した。



- ・ 現在の担当数は「35 人以上」が 23.2%を占めていたが、適切な担当数として「35 人以上」を挙げたのは 9.8%となっていた。
- ・ 全体的に実際の担当数よりも少ない人数が適切と考える傾向がみられた。

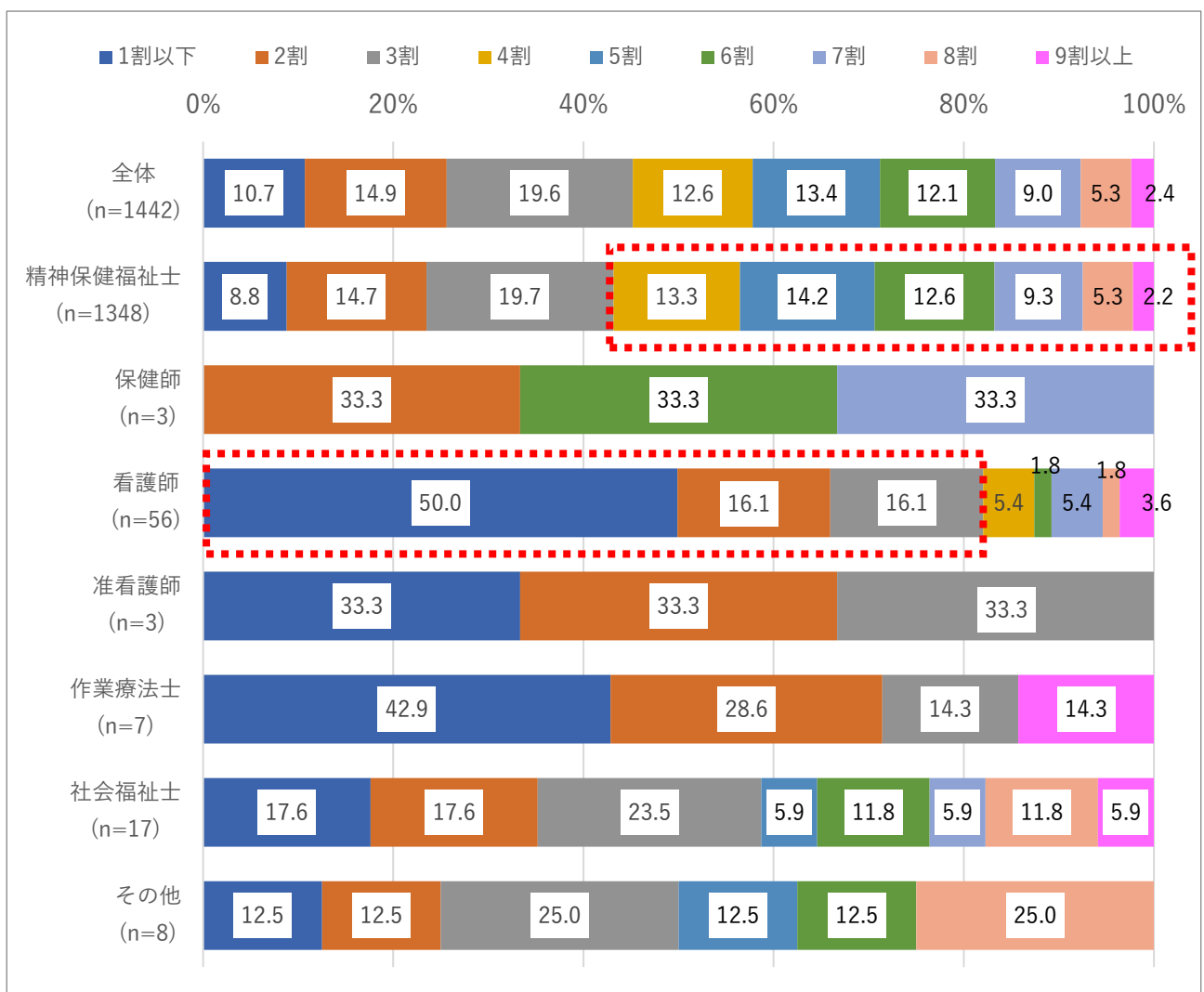
BQ2-3. 退院後生活環境相談員とそれ以外の業務のおよその割合



- ・ 「退院後生活環境相談員の業務」と「その他の業務」を、1週間の業務における比率を、合計が10になるように尋ねた。
- ・ 回答が多かった順に、「3割」19.6%、「2割」14.9%、「5割」13.4%、「4割」12.6%、「6割」12.1%、「1割以下」10.7%、「7割」9.1%、「8割」5.3%、「9割以上」2.4%であった。

<BQ1-2×BQ2-3 退院後生活環境相談員とそれ以外の業務のおよその割合（職種別）>

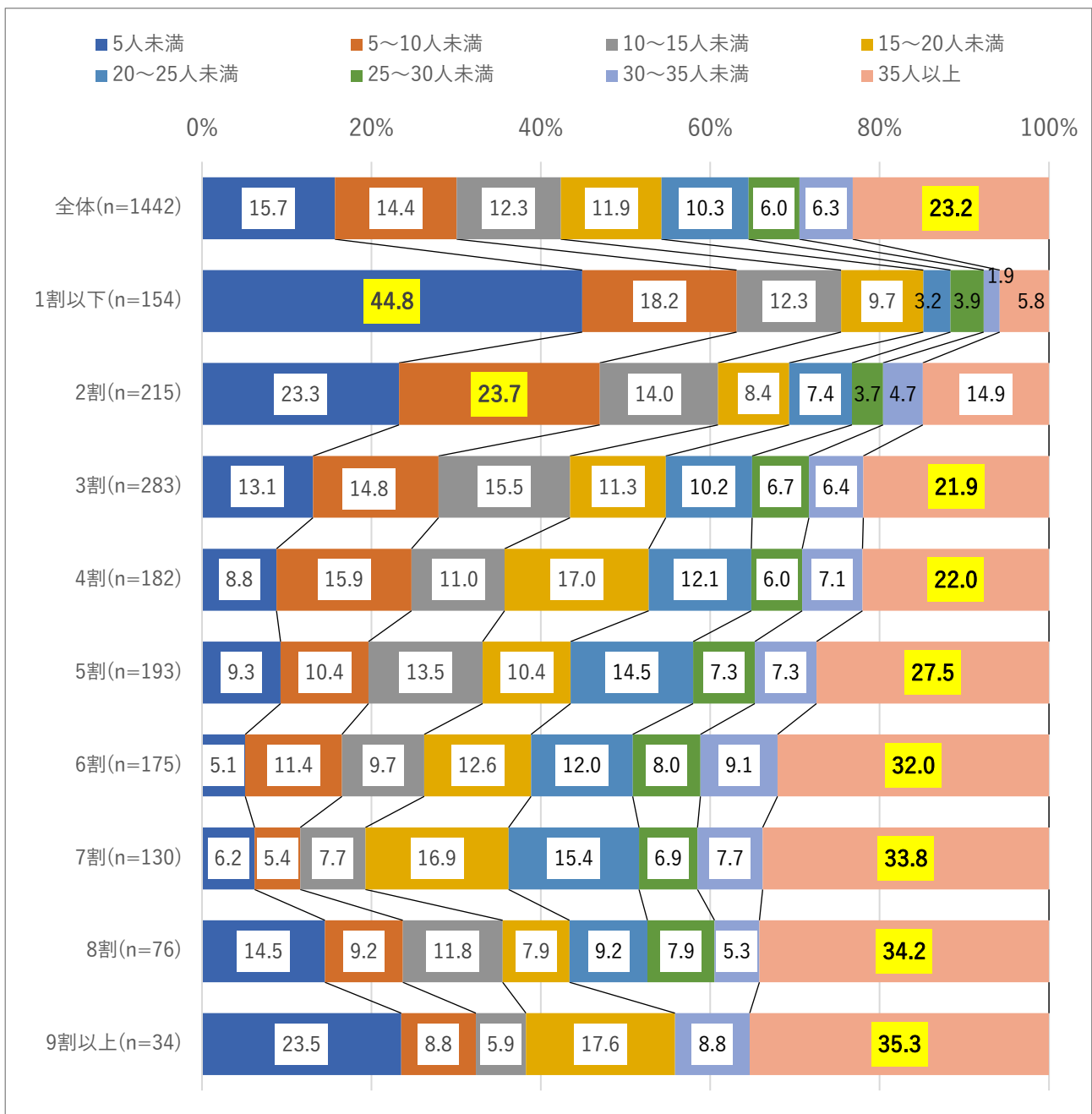
職種と、退院後生活環境相談員の業務のおよその割合（退院後生活環境相談員業務割合）とでクロス集計を行った。



- ・ 「精神保健福祉士」では退院後生活環境相談員としての業務が「4割」以上であるものの割合が56.8%となっている。
- ・ 「看護師」では退院後生活環境相談員としての業務が「3割」以下であるものの割合が8割以上を占め、病棟の看護業務と兼務していることがうかがえる。

<BQ2-3×BQ2-1 退院後生活環境相談員としての現在の担当数（退院後生活環境相談員の業務割合別）>

退院後生活環境相談員業務割合と、退院後生活環境相談員としての現在の担当数（担当数）とでクロス集計を行った。



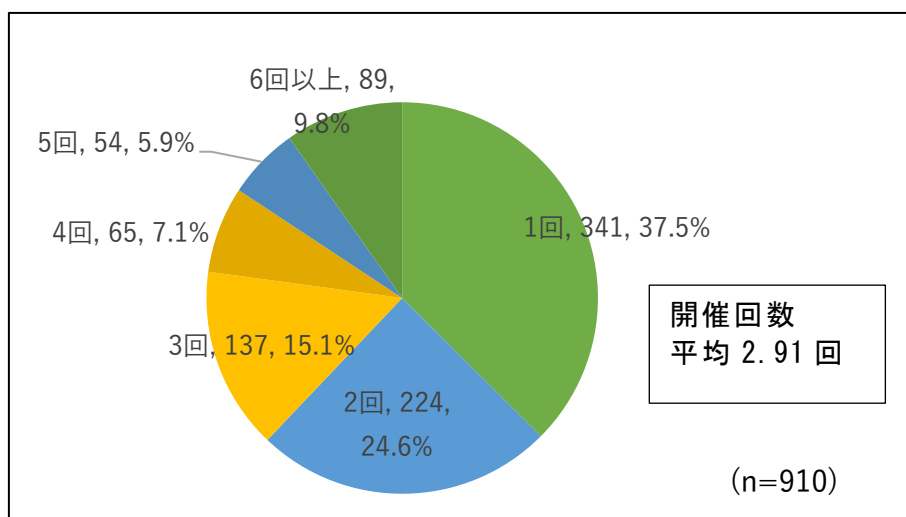
- ・ 退院後生活環境相談員業務割合ごとに担当数が最も高かった項目についてグラフの数字を強調している。

- ・ 退院後生活環境相談員業務割合が1割以下では、「5人未満」が44.8%を占めていた。また、2割以下では、「5～10人未満」が23.7%と最も多く、次いで「5人未満」が23.3%であった。
- ・ 退院後生活環境相談員業務割合が3割以上では、すべて担当数が「35人以上」が最も割合が高かった。そして、業務割合が増えるにつれ、「35人以上」の割合が高くなっていく結果であった（9割以上で35.3%）。また、割合に差異はあるものの、業務割合が増えるにつれ、7割までは、担当数が多い方が占める割合が上がっていく傾向が見て取れた。
- ・ ただし、退院後生活環境相談員業務割合が8割以上では前述の傾向は変わり、「5人未満」の数が増加に転じ、担当数が少ない者と多い者と二極化する印象があった。

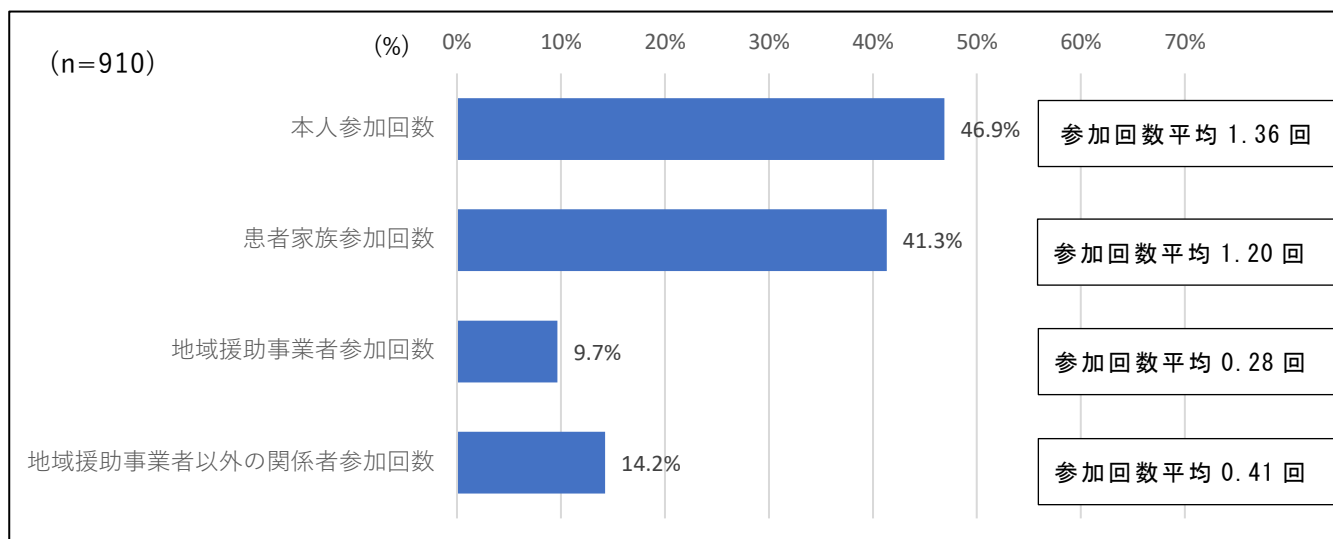
BQ2-4. 2021年6月の1か月間に開催した担当患者の医療保護入院者退院支援委員会について

2021年6月の1か月間における、担当患者の医療保護入院者退院支援委員会の開催状況について尋ねた。

- ・ 退院支援委員会の開催が「1回以上」であったのは、914件（63.4%）であった。うち、A票での調査回答と突合し、明らかに不整合な回数であった4件については無効回答として除外し、910件（63.1%）についての開催回数は以下であった。
- ・ 開催回数の平均は、2.91回であった。



- ・ 開催された退院支援委員会のうち、「患者本人が参加した回数」、「患者の家族が参加した回数」、「地域援助事業者が参加した回数」、「地域援助事業者以外の関係者が参加した回数」をそれぞれ尋ね、開催回数の平均から算出した参加割合は以下であった。



- ・ 本人参加割合は 46.9%、患者の家族参加割合は 41.3%、地域援助事業者の参加割合は 9.7%、地域援助事業者以外の関係者の参加割合は 14.2%であった。
- ・ 本人及び患者家族については 4 割以上の参加があることがわかったが、地域援助事業者及び事業者以外の関係者の参加については 1 割前後であり、課題がみられた。

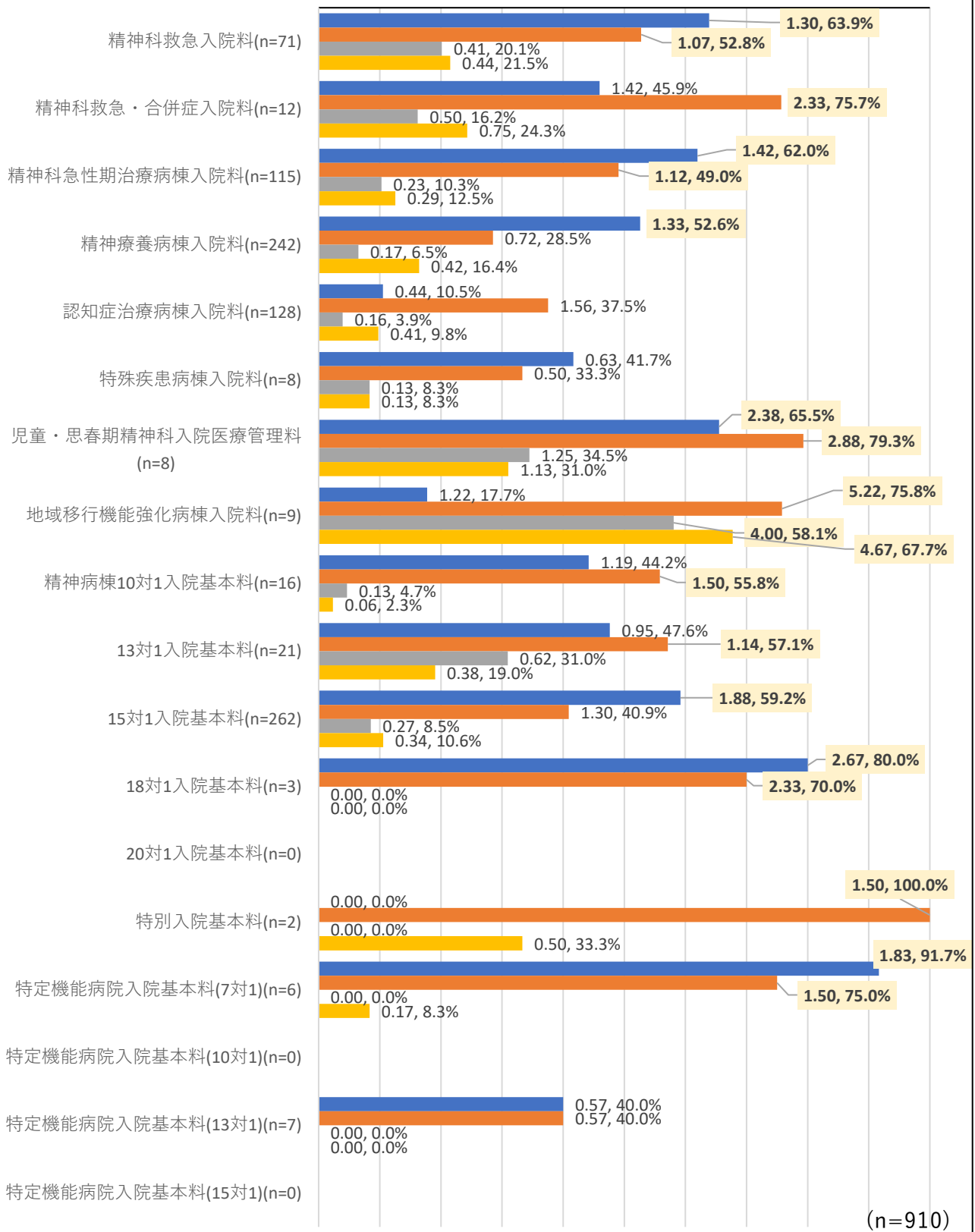
<BQ1-6×BQ2-4. 2021 年 6 月の 1 か月間に開催した担当患者の医療保護入院者退院支援委員会について（担当病棟別）>

専従または主に担当している病棟（担当病棟）別に、退院支援委員会への参加割合のクロス集計を行った。

■ 本人参加割合 ■ 患者家族参加割合 ■ 地域援助事業者参加割合 ■ 地域援助事業者以外の関係者参加割合

※グラフ上の数値は、平均参加回数、参加割合 50%以上を強調

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



- ・ 退院支援委員会の開催が「1回以上」で絞り込むと、サンプル数がゼロまたはかなり少なくなってしまう区分もあり、統計的な信頼性が落ちる部分もあるが、担当病棟によって本人の参加割合は差異が出た。
- ・ 本人参加割合が最も高かったのは、「特定機能病院入院基本料」で 91.7%であった。続いて、「18 対 1 入院基本料」80.0%、「児童・思春期精神科入院医療管理料」65.5%、「精神科救急入院料」63.9%であった。
- ・ 患者の家族参加割合が最も高かったのは、「特別入院基本料」で 100.0%であった。続いて、「児童・思春期精神科入院医療管理料」79.3%、「地域移行機能強化病棟入院料」75.8%、「精神科救急・合併症入院料」75.7%であった。
- ・ 地域援助事業者の参加割合が最も高かったのは、「地域移行機能強化病棟入院料」で 58.1%であった。以降は 50%を切り、「児童・思春期精神科入院医療管理料」34.5%、「13 対 1 入院基本料」31.0%であった。
- ・ 地域援助事業者以外の関係者参加割合が最も高かったのは、「地域移行機能強化病棟入院料」の 67.7%であった。以降は 50%を切り、「特別入院基本料」33.3%、「精神科救急・合併症入院料」24.3%であった。
- ・ 「認知症治療病棟入院料」では本人参加割合が 10.5%と平均の 46.9%から比較すると顕著に少ない傾向が出ており、認知症患者における本人意向確認の難しさによるものと考えられた。

BQ3. 退院後生活環境相談員の業務状況について

厚生労働省の通知文書「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」に規定された退院後生活環境相談員の業務等とされている各項目について、業務実施状況を尋ねた。

実施状況を考える際、各業務において対象とならない・実施が不要である担当医療保護入院者については、除外して回答するよう注釈をつけている。

＜提示した回答の目安＞

- ①対象となるすべての人に行っている＝実施 100%
- ②対象となる大体の人に行っている＝実施 80%以上
- ③対象となる半数以上の人に行っている＝実施 50%以上
- ④対象となる人にほぼ行えていない＝実施 50%未満

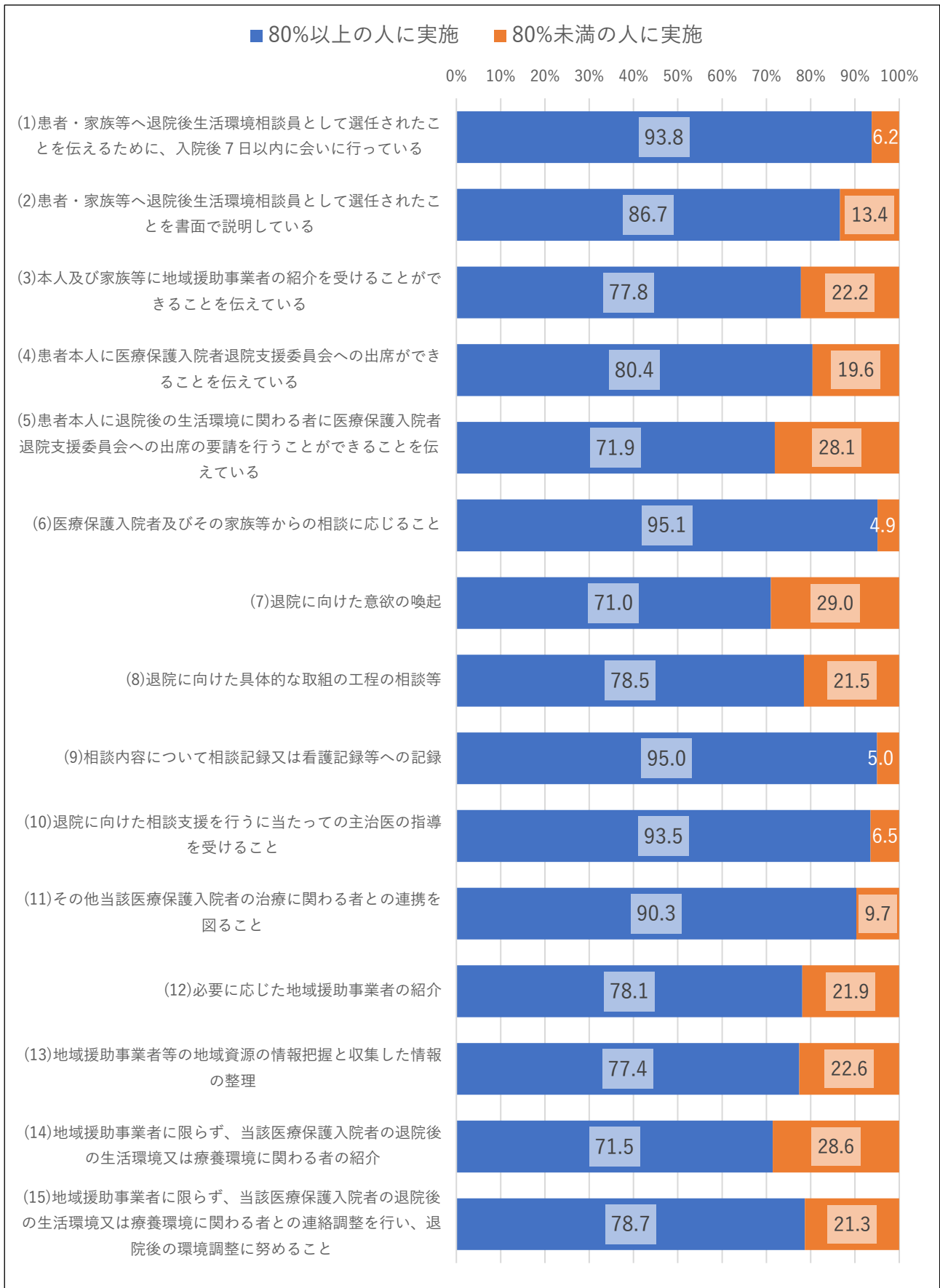
それぞれの回答割合は以下であった。

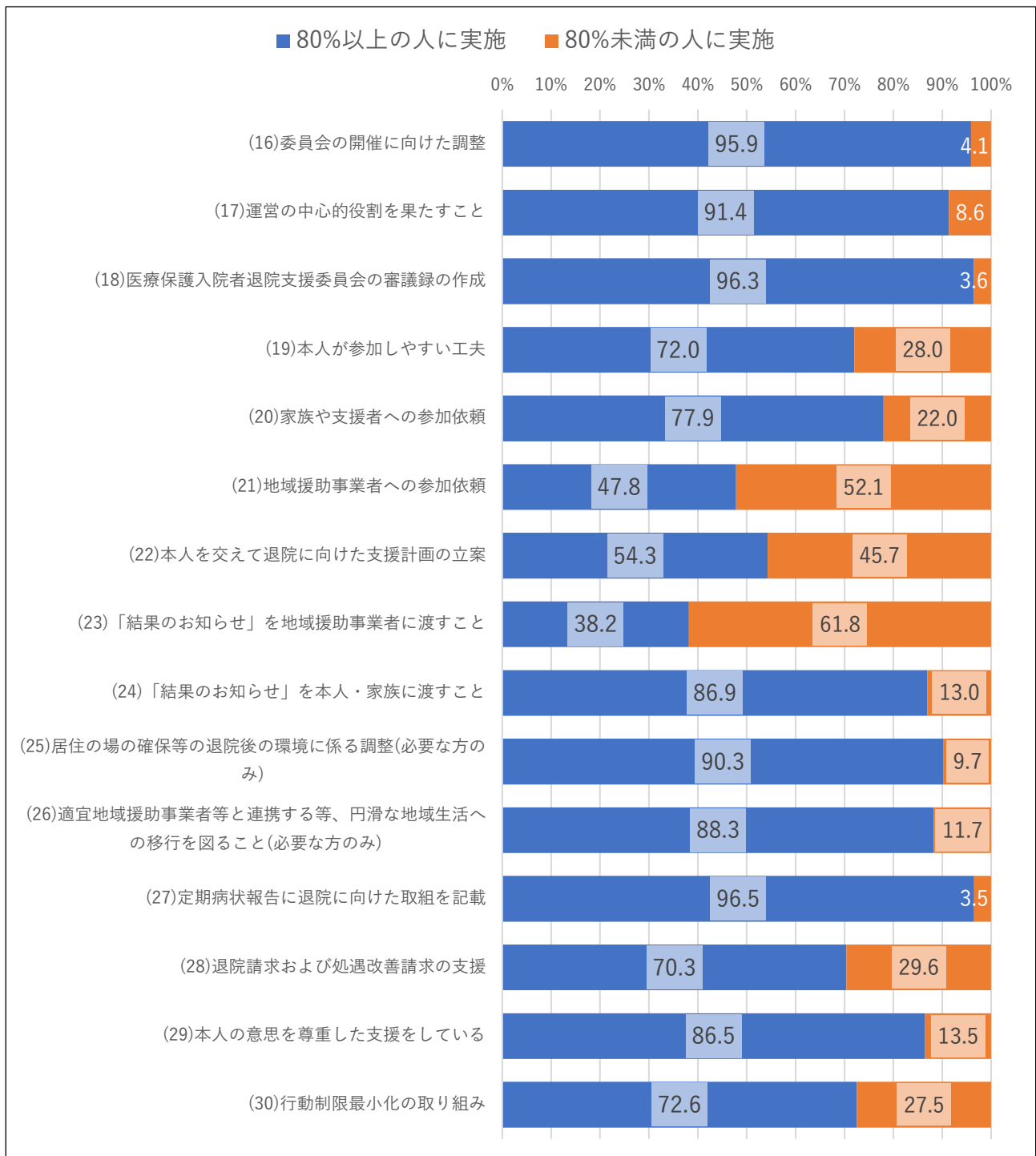
(%)

通し 番号	退院後生活環境相談員の業務	n	対象となる すべての 人に行っ ている	対象となる 大体の 人に行っ ている (8割以 上)	対象となる 半数以 上の人 に行っ ている	対象となる 人にほ ぼ行え てい ない
			80%以上の人に実施	80%未満の人に実施		
1. 入院時の業務						
(1)	患者・家族等へ退院後生活環境相談員として選任されたことを伝えるために、入院後7日以内に会いに行っている	1442	75.3	18.5	3.3	2.9
(2)	患者・家族等へ退院後生活環境相談員として選任されたことを書面で説明している	1442	75.5	11.2	3.3	10.1
(3)	本人及び家族等に地域援助事業者の紹介を受けることができることを伝えている	1442	53.0	24.8	13.4	8.8
(4)	患者本人に医療保護入院者退院支援委員会への出席ができることを伝えている	1442	63.3	17.1	8.1	11.5
(5)	患者本人に退院後の生活環境に関わる者に医療保護入院者退院支援委員会への出席の要請を行うことができることを伝えている	1442	52.8	19.1	11.2	16.9
2. 退院に向けた相談支援業務						
(6)	医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じること	1442	79.8	15.3	3.9	1.0
(7)	退院に向けた意欲の喚起	1442	32.7	38.3	22.1	6.9
(8)	退院に向けた具体的な取組の工程の相談等	1442	42.1	36.4	18.0	3.5
(9)	相談内容について相談記録又は看護記録等への記録	1442	78.2	16.8	4.2	0.8
(10)	退院に向けた相談支援を行うに当たっての主治医の指導を受けること	1442	76.6	16.9	5.3	1.2
(11)	その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること	1442	65.8	24.5	8.3	1.4
3. 地域援助事業者等の紹介に関する業務						
(12)	必要に応じた地域援助事業者の紹介	1442	49.3	28.8	15.8	6.1

通し 番号	退院後生活環境相談員の業務	n	対象となるすべての人に行っている	対象となる大体の人に行っている (8割以上)	対象となる半数以上の人に行っている	対象となる人にほぼ行えていない
			80%以上の人に実施	80%未満の人に実施		
(13)	地域援助事業者等の地域資源の情報把握と収集した情報の整理	1442	41.5	35.9	17.1	5.5
(14)	地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介	1442	38.6	32.9	20.1	8.5
(15)	地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること	1442	46.8	31.9	15.6	5.7
4. 医療保護入院者退院支援委員会に関する業務						
(16)	委員会の開催に向けた調整	1442	88.8	7.1	1.9	2.2
(17)	運営の中心的役割を果たすこと	1442	72.3	19.1	5.8	2.8
(18)	医療保護入院者退院支援委員会の審議録の作成	1442	92.6	3.7	1.2	2.4
(19)	本人が参加しやすい工夫	1442	40.5	31.5	15.1	12.9
(20)	家族や支援者への参加依頼	1442	54.4	23.5	11.4	10.6
(21)	地域援助事業者への参加依頼	1442	27.3	20.5	22.1	30.0
(22)	本人を交えて退院に向けた支援計画の立案	1442	27.8	26.5	23.9	21.8
(23)	「結果のお知らせ」を地域援助事業者に渡すこと	1442	27.3	10.9	13.1	48.7
(24)	「結果のお知らせ」を本人・家族に渡すこと	1442	73.4	13.5	6.4	6.6
5. 退院調整に関する業務						
(25)	居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整(必要な方のみ)	1442	71.5	18.8	5.9	3.8
(26)	適宜地域援助事業者等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること(必要な方のみ)	1442	65.7	22.6	7.0	4.7
6. その他の業務						
(27)	定期病状報告に退院に向けた取組を記載 ※まだ対応したことがない場合は空欄	1196	90.1	6.4	1.8	1.7
7. 権利擁護に関する業務						
(28)	退院請求および処遇改善請求の支援	1442	52.7	17.6	11.2	18.4
(29)	本人の意思を尊重した支援をしている	1442	51.5	35.0	10.8	2.7
(30)	行動制限最小化の取り組み	1442	46.2	26.4	15.0	12.5

- 各項目の回答のうち、「対象となるすべての人に行っている」「対象となる大体の人に行っている」を「80%以上の人に実施」、「対象となる半数以上の人に行っている」「対象となる人にほぼ行えていない」を「80%未満の人に実施」としてまとめ、グラフ化したものが以下である。





- 90%以上が「80%以上の人に実施」できていると回答したものは、「(1)患者・家族等へ退院後生活環境相談員として選任されたことを伝えるために、入院後7日以内に会いに行っている」93.8%、「(6)医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じること」95.1%、「(9)相談内容について相談記録又は看護記録等への記録」95.0%、「(10)退院に向けた相談支援を行うに当たっての主治医の指導を受けること」93.5%、「(11)その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること」90.3%、「(16)委員会の開催に向けた調整」95.9%、「(17)運営の中心的役割を果たすこと」91.4%、「(18)医療保護入院者退院支援委員会の審議録の作成」96.3%、「(25)居住の場の確保等の退院後の

環境に係る調整（必要な方のみ）」90.3%、「(27)定期病状報告に退院に向けた取組を記載」96.5%であった。

- ・逆に、「80%以上の人に実施」が70%を下回るものは、「(21)地域援助事業者への参加依頼」47.8%、「(22)本人を交えて退院に向けた支援計画の立案」54.3%、「(23)『結果のお知らせ』を地域援助事業者に渡すこと」38.2%であった。
- ・また、「権利擁護に関する業務」の、「退院請求および処遇改善請求の支援」、「行動制限最小化の取り組み」は、「80%以上の人に実施」している割合が7割程度で他の業務と比べて低かった。

BQ4. Q3 以外で退院後生活環境相談員として実際に取り組んでいる業務及び今後取り組む

必要があると考える業務について

<取り組んでいる業務>

334人より自由記述の記入があった（「特になし」等の非該当を除いている）。

それらを内容でカテゴリー分類したものは以下の通りであった。一部意識し同義な記述をまとめている。なお、Q3の項目と重複しているものは省いている。

■退院後生活環境相談員の業務（Q3で挙げているもの）区分での分類

1. 入院時の業務

- ・入院後すみやかに退院後生活環境相談員として選任された旨の挨拶と役割について伝える。
- ・入院時に患者・家族に自己紹介と退院後生活環境相談員の役割を紹介
- ・ミーティング、診察同席、初診対応、入院手続き
- ・病棟看護師が入院後7日以内に患者に退院後環境生活相談員として選任され、委員会を開催する際にSWがあらためて相談員が交代になる旨を伝達しています。
- ・入院時から選任の説明を行い、本人や家族の意向を確認して、退院支援に当たっている。
- ・早期退院を意識し、入院調整の段階での関係機関と連携した入退院支援の実施。
- ・入院して早期の面接の実施（場合によっては、本人の状態を鑑みて面接を遅らせ適宜行っている）

2. 退院に向けた相談支援業務（ご本人・ご家族との関わりや、退院に向けた意欲の喚起に関わること、関係作りを含む）

- ・本人・家族との関係作り（面談など）関連（85）
 - ICに同席するなどして、退院支援委員会ではなくても退院後の支援について本人や家族、関係者、スタッフと相談する機会を作っている。
 - ご家族やご本人への意向確認や連絡調整。ご本人が抱える質問に対してその都度返答や確認を行っている。
 - ご本人・ご家族の、退院に関する意向の確認や調整
 - ご本人やご家族の想いを確認する面談
 - じっくり話を聴かせていただく時間を定期的に設け、信頼関係を築けるよう動いている。
 - なるべく患者さんと話をする時間をとるようにしている。
 - 医療保護入院者退院支援委員会に限らず、診察時に同席行ない、本人、家族の希望、主治医の治療方針の確認。
 - 院内の多職種カンファレンスでの治療の方向性の確認。
 - 家族、地域支援者との連絡調整

- 家族、本人の退院支援委員会の出席は主治医があまり必要ないと判断している実情がある。そのため、事前の意見聴取をなるべく時間をかけて行っている。
- 家族が遠方な方に対し、本人の意思を尊重しながら後見人とともに退院後の生活について話をしている。相談支援専門員の介入も検討している。
- 家族との関係構築、患者本人の関係構築
- 家族との関係調整や情報共有
- 家族に家族会参加を促し、担当者と情報共有を図っている。
- 家族の支援
- 家族の相談対応。定期的な病状説明。
- 家族の不安を傾聴したり、家族の抱える問題へのアプローチ
- 家族へ定期的に連絡、面談実施
- 家族へ連絡する際には本人の様子をお伝えしたり、日常の様子を知ってもらえるように病棟通信を発刊している。
- 家族支援。本人の希望がベースではあるが、家族の希望も踏襲した支援を心がけている。
- 家族等の支援者との情報共有および調整。
- 家族等への退院に向けた心理的受入れの喚起、サポート
- 会議への出席など、本人の希望に応じて連絡を行うようにしている。
- 患者や家族の意向を確認し、退院に向けた相談支援を行う。
- 患者本人と、入院当初から積極的に関わり、入院中に抱えている悩みや退院後に問題となると思われる課題などを確認するようにしている。必要であれば家族からの意見も確認している。
- 患者様が入院中に退院後の必要な支援を話し合い、退院前に調整できるのが望ましい。
- 患者様との定期的な面接、主治医を含めた家族面接など。
- 患者様やご家族のニーズを汲み取り、実現に向けた支援。
- 関係構築の為の面接、意向の確認、現実検討が出来るように現状の擦り合わせを時間をかけて行っている
- 月1回の面談・任意入院への変更の取組み
- 月に1回の本人との面談。
- 個別に面接し、退院を目指すにあたり必要なことの整理を行う。
- 最低でも月に1回は本人と面談を実施し意向の確認を行っている。
- 自宅退院や施設入所等本人の状態を考慮した上での本人と家族の意向とのすり合わせ。
- 性格、病状の自己理解に繋がる面談
- 退院に向けた支援をするための関係づくりとして医師の指導を受けながら面談を実施したり、家族との信頼関係を高め退院支援を行いやすくするためにこまめに連絡を取ったり、患者の病状や支援に関わらない些細な不安や困りごとでもできる範囲で受け止めるなどの対応をする。
- 退院に向けて動いていく際には、本人、家族等からアセスメントをとり、希望について聞いてから行っている。
- 退院や今後の生活に向けた意向の確認
- 退院後生活環境相談員としてだけではなく、本人がどのような暮らしを行いたいか話をし、チームで共有しどのように取り組んでいけるかを話し合っている。
- 退院支援委員会の他、ご家族、関係機関と医師との面談調整及び面談時の取りまとめ。入院時の他、ご本人から要望があれば入院形態等についての説明、病識獲得のための振り返りなど。

- 長期に入院しており病状が安定しない方はまずは入院環境下での安定を目指して生活や制度の相談を受ける。家族からの経済面などの相談を受ける。
- 長期入院の患者さんと家族との日々の関係性を築く関わり。
- 定期的な本人、家族への面接やご本人の病状を医師や看護師等から聞き取りを行っている。また、ご家族へ適宜必要なサービス等の情報提供を行っている。
- 定期的に患者と面談することで、患者の病状観察や思いをくみ取るように努力しています。また、病棟ミーティングに参加することで、患者の病状把握と多職種との連携に努めています。
- 定期的に入院病棟を周り、できるかぎり患者様との交流を図る。
- 定期的に本人と面談。家族と定期的に連絡を取り合っている。
- 定期面談
- 適宜、相談支援対応。
- 適宜、本人・家族のお話を伺い、退院に向けた環境調整に努めています。
- 日々の治療・生活の中での不安や困りごとへの対応、家族の関わり強化のためのアプローチ
- 入院時から、家族やケアマネとこまめに情報共有し、なるべく本人の希望に沿った退院先になるよう配慮している。
- 入院治療に至った経緯を本人と一緒に考え、本人と家族等の関係性を踏まえ情報のすり合わせを行い。退院支援についてどのような方向性にすればよいのかを考えて業務に取り組んでいる。患者さんの“願い・想い”と家族の気持ちとはかけ離れていると思う。
- 入院前の生活確認
- 入院中の療養環境の調整
- 必要なサービスについて主治医・本人・家族と相談。介入が必要な家族へ、退院促進のためのアプローチ。
- 病状安定に向けて内服調整を看護、主治医と相談する。本人の希望する退院先で必要な支援を検討、紹介する。
- 不安の傾聴
- 普段から本人に関わり関係性を築きながら、今後の生活の希望などご自身の思いを把握するようにしている。
- 本人、家族の意向を確認して、退院に向けてのサービスの検討や調整
- 本人・家族等との面談にて、意向確認と病状・現状の把握、説明。
- 本人・家族面接、家族調整、院内カンファレンス・ケア会議など
- 本人が希望する生活が実現できるようできることの整理とできることを増やすための目標を本人と確認すること。
- 本人との関わりを増やす努力。院内のチーム連携の主観となる事
- 本人との関係作り
- 本人との定期的な面談。
- 本人との面談
- 本人との面談、家族の意向聴取
- 本人との面談を実施し、退院に向けて具体的にどのような支援が必要なのかを話し合う。関係機関と情報共有を行い、本人のニーズに合った地域の事業所を探す。家族への連絡を行い、退院支援への協力を仰ぐ。家族や地域に負担を強いるような退院支援ではなく、お互いに何ができるのかを話し合えるような関係づくりに努める。
- 本人と家族の要望をよく聞くこと

- 本人と月 1 回以上の面談
 - 本人と面談を行い、信頼関係の構築。入院に至った経緯を一緒に考え、再入院を防ぐ方法を考える。
 - 本人の意向を確認し、主治医、病棟、関係機関と連携しながら退院支援を行っている。
 - 本人の意向を確認する声かけを続けている。
 - 本人の症状や様子を見ながら、どんな病名（知的、認知など）であっても伝える努力をしている。本人の意向を尊重できるよう、日程が分かり次第、速やかに本人に伝達し、開催までに考えていただけるようにしている。
 - 本人の状態を看護師へ情報収集しながら、担当医からも病状を確認するようにしている
 - 本人の病状を見ながらできる限り本人参加の上で話し合いの場を設けるようにしています。
 - 本人の抱えている思い、考え、病気の捉え方などを聞き、SW の解釈を本人に確認する。家族の不安、悩み、思いの受け止めや整理。
 - 本人や家族との面談、情報収集、本人や家族への疾病教育
 - 本人や家族との面談や相談をおこない、退院に向けた家族調整や環境調整をおこなっている。
 - 本人や家族など退院の相談があった場合に医師や看護師等から意見を聞き、できるだけ要望通りに退院促進できるように努める。
 - 本人を含めたご家族の意向に沿った対応
 - 本人を知る、意向を確認する、現状や今後の心配や困り事を確認する為に適宜面談。
 - 面談や退院前訪問指導にて家族への理解の促しや生活状況の把握に努めている
 - 療養生活の様子や、ご本人と面談などで状態や本人家族等に希望についての把握に努めている。
 - 臨機応変に医療保護入院者に対して面接等を行っている。
- ・適宜会議の場をもつ（23）
- IC の同席
 - カンファレンス、支援会議 等への出席
 - カンファレンスの実施
 - ケア会議の開催や調整。Dr、NS などとの調整
 - ケア会議の調整・司会
 - ケースカンファレンス
 - 患者支援センター（退院支援部門）、その他多職種と連携して退院支援・退院調整について毎週カンファレンスを実施し検討している
 - 参加を希望するが日程が合わない場合には、電話での聞き取りを行い、必要であれば後日直接話をする機会を設ける。定期的な面接、意向確認
 - 多職種と共同して、本人・家族と面談の場のセッティング。
 - 退院に向けたカンファレンスの開催および面談の設定と実施。治療経過と年齢に応じたサービスの見直し。
 - 退院支援委員会を開催というよりも、必要なタイミングでカンファレンス（患者家族や地域関係者が出席）を開催することの方が多い。
 - 退院支援委員会以外でも適宜院内でのカンファレンスも行っている。必要に応じて本人と一緒に出掛けることや、共同で何か取り組むことで関係性を構築できるよう取り組んでいる。そういった取り組みはなかなか評価されないと感じる。

- 退院支援会議、退院支援委員会、退院調整会議等を行っている。
 - 退院調整へ向けたカンファレンス日程調整。
 - 定期的なカンファレンスを実施。
 - 入院から関わる。院内カンファレンスへの参加
 - 入院後 1 週間～2 週間以内にすべての入院患者に対して、カンファレンスを行い退院に向けたチーム医療や退院後の支援調整について検討を行っている。感染予防のため退院支援委員会において地域援助事業者の参加が難しい状況が続いているが、本人、家族、地域支援事業者や行政等含めたケア会議を開催している。
 - 入院当初から、急性期の精神科医療センターとなるため、入院時に治療後は速やかに地域に移行できるようにご家族・ご本人に説明するようにしている。退院支援委員会という形にとらわれず、必要時は随時、本人、家族、支援者を交えた会議の開催調整をしている。
 - 病棟カンファレンスへの参加など。
 - 病棟内で関係者間でのカンファレンス及び家族との連絡調整
 - 本人が参加しやすく、本人の希望を伝える場になるよう、チームでカンファレンスの開催を定期的に行う。
 - 本人や家族・地域の支援者へのアセスメントのための面接・記録（面接票の作成）、本人との定期面接（退院に関するだけでなく、経済的課題や家族・就労等の関係者との調整など生活全般における内容について）、院内の定期的なケースカンファレンスでの退院支援の取り組みなどに関する進捗報告・本人の希望や課題の共有、適宜家族や地域の支援者を含むケースカンファレンスの開催
 - 毎月退院支援のための会議を開催し議事録を作成している。
- ・退院意欲の喚起（3）
- 退院意欲がない患者さんに対して、面談を通して退院意欲を促すようにしている
 - 長期入院者に対する地域移行支援事業とリンクさせて、退院支援の方法を一緒に模索している
 - 特に長期入院者に対しての退院意欲喚起。退院に関して現実的に考えることができるように、面談だけでなく作業療法などの病棟活動の場を通して情報提供や指導を行っている。
- ・支援がスムーズになるための試み（14）
- ご家族、地域支援者とも連携し、必要な情報提供や連携を密にとることでスムーズに退院が出来るよう取り組んでいる。
 - 医師をはじめ、ソーシャルワーカーや作業療法士等院内スタッフとの連携を図り、必要に応じて地域援助事業者とも連携を図っている。
 - 医療保護入院に限った話ではないが、地域移行支援の導入検討も意識的に行うようにしている。
 - 医療保護入院者退院支援委員会の開催が形式的にならないよう日々の面接や地域事業所との情報共有は意識的に行っている。
 - 患者の生活環境を把握し、課題となりえるものが解決できるよう地域との連携を図っている。本人や家族の希望も聞きながら、退院に向けた支援計画を作成している。
 - 児童思春期病棟に入院している児童・生徒ができる限り参加できるように病棟全体で取り組んでいる。
 - 精神科救急病棟で退院後生活環境相談員を担う上で、3 か月退院を目指すため、早期に退院支援に関するアセスメントを取り、ご本人様と相談しながら、ご家族様や地域支援者と

連携を図っている。必要に応じて、カンファレンスの調整や制度・サービスを的確に案内するための情報収集を行う。その上で、ご本人様が退院後も継続した支援がスムーズに行えるように日々取り組んでいる。

- 退院に向けてのクライシスプランの作成や当院デイケアや訪問看護スタッフとの情報共有
- 退院後生活環境相談員以外の相談員も担当に付けて、協力しながら業務に取り組んでいる。
- 担当の相談員とともに退院後生活環境相談員として本人への挨拶～審議会の調整、審議会の運営など事務的な業務に加えて、実際の退院支援を役割分担をしつつ行っている。
- 地域援助事業者、介護保険でケアマネなどと情報共有しながら、本人と家族との関係にかかわる支援。身寄りがいない本人への支援。
- 入院診療計画書に記載された入院期間の超過等に関わらず必要時には本人・家族、地域の関係機関等と呼びケース会議を開いたりしている事が多い。そのため、退院支援委員会という名目でなくとも退院に向け取り組んでいる。
- 入院前の生活状況の聞き取りや、関係機関からの情報収集。学校等との連携
- 本人の退院、目指す生活に対する多職種アプローチの促進

3. 地域援助事業者等の紹介に関する業務（地域・行政との連携含む）

- ・ 家族へ退院後の生活説明及び、施設等の紹介。
- ・ 家族や地域支援者との連携
- ・ 各関係機関との連携
- ・ 環境資源の具体的な情報整理
- ・ 関係機関との連携
- ・ 関係機関との連携や退院後必要な福祉サービスなどを家族、本人へ情報提供を行っている。
- ・ 関係機関の紹介や関係機関との連絡調整や情報共有。
- ・ 行政や地域援助事業者との連携
- ・ 行政機関との連携
- ・ 施設を中心に、社会資源との普段からの連携に取り組んでいる
- ・ 施設見学同行
- ・ 施設探し、見学調整。通所先探し、見学調整。
- ・ 施設等の情報提供、地域援助事業者との連携
- ・ 施設等の情報提供および見学調整。支援者の紹介
- ・ 自立支援協議会や、地域移行支援部会等、外部の会議に参加し、関係機関と共に地域での課題に向けた取り組みを実施している。
- ・ 社会資源の見学や体験への同行
- ・ 障害者に対する新しい事業や支援に利用できるものの情報収集
- ・ 早期退院へ向けた地域援助事業者（ケアマネや施設担当者等）との連絡調整。
- ・ 退院に向けて必要な社会資源につなげる
- ・ 退院後の居住・施設探し、障害福祉・介護保険サービス利用調整・支援関係者との面接調整
- ・ 退院後利用するデイケア、就 B の見学同行
- ・ 退院支援は、患者さん自身の現実的な地域生活を見据えたプラン立案と行動が必要。その実現に向け、地域支援者や行政との調整のみならず、自宅確保や日中活動の場所探し等も行っている。
- ・ 退院場所の開拓
- ・ 退院先を調整する上で施設見学や体験に同行。

- ・地域ケア会議への参加
- ・地域で患者に必要なサービス提供者等の社会資源との連携強化に努めている”
- ・地域との連携
- ・地域との連携については、ソーシャルワーカーにフォローして貰いながら進めています。
- ・地域の資源についての情報に関心を寄せて利用や紹介できるものはないかを日常的に探している。
- ・地域移行会議への参加
- ・地域援助事業者との連携
- ・地域援助事業者と顔見知りになれるよう、地域の会議などへの出席
- ・地域援助事業者に対する病状について説明
- ・地域援助事業者への紹介、連携
- ・地域援助事業者等との連携に対して、電話のみに関わらず、早い段階で面接を設定するよう調整を行っている。
- ・地域援助事業者等への見学や体験の同行訪問
- ・地域基幹相談と連携して院内茶話会開催、地域移行における行政との積極的連携
- ・地域支援機関と連携を図る為に、ケース会議など病院に来ていただくだけでなく、自分から出向いて関係性を構築するようにしている。
- ・地域事業者等の関係者との連携。
- ・地域障害者支援会議への参加
- ・長期入院患者様を対象に、社会資源の見学ツアーを行いました。コロナウィルスの流行で外出が難しい状況が続いており実施していません。
- ・通所施設やグループホームの見学
- ・適切な施設見学。入所手続き。
- ・当地の事業所や支援体制の説明などを行い、退院勧奨に努める
- ・入院患者様の退院支援に利する地域のネットワークの構築
- ・入院前から関わりのある地域支援者に、入院中の状況報告の連絡を行っている。また、支援者だけのカンファレンスや、本人も交えてケア会議を実施するなど、退院に向けて話し合う時間を設けている。
- ・入院前とさほど生活環境が変わらない方の退院の支援者への連携業務
- ・認知症患者様が対象のため、やはり特養への紹介を中心に普段からの情報交換を実施している。
- ・必要な社会資源導入のためのケースカンファレンスや見学同行
- ・必要時は関係機関との定期的な情報共有。
- ・福祉制度や利用できるサービスについての勉強会の開催
- ・保健所との連携。
- ・訪問サービスの一環で退院後に利用するであろう日中活動先への外出、自宅整理やグループホームへの見学の同伴。

4. 退院支援委員会に関する業務

- ・医療保護入院者退院支援委員会の開催時、本人の意思確認、家族要望の聞き取り等。
- ・医療保護入院者退院支援委員会の周知（一覧の作成等）
- ・医療保護入院者退院支援委員会開催のための調整時、家族の参加について本人が参加を希望されたがやむなく参加ができなかった場合、また本人が家族の参加を希望されなかった場合

等、いずれにしても必ず家族にも連絡を入れ、退院に向けた意向の確認や結果のお知らせをおこなっている。

- ・医療保護入院退院支援委員会開催について院内で共有できるよう実施期間や進捗状況の連絡を定期的(毎週)に行っている。委員会や退院支援について退院後生活環境相談員だけが取り組むのではなく、看護部など病棟とも協働して行えるよう調整している。
- ・遠方で会議に参加できない家族、または希望する支援者に対してはリモート（ZOOM や LINE などを用いて）にて参加していただくように手配しています。
- ・精神科療養病棟となるため、月一度の退院支援委員会を行っている。主治医の考え方針や、質問を患者の前で行えるのが当面の目標を共有しやすい。
- ・退院支援委員会の開催表の作成
- ・退院支援委員会の期日管理。連絡調整。
- ・退院支援委員会の調整から結果報告、書類作成まで。
- ・退院支援委員会の日時の調整、審議録の作成
- ・退院支援委員会の日程、参加者調整、本人家族への説明。
- ・退院支援委員会の日程調整（2）
- ・知的に低い方や低年齢の患者様には書面で伝える際にルビを振って分かりやすい内容にするなど、工夫しています。
- ・地域支援者に参加をできるだけしていただけるよう日程調整、情報共有をする。

5. 退院調整に関する業務

- ・自宅への退院前訪問（23）
- ・施設等の見学・体験利用の同行支援（10）
- ・退院後の担当者会議等への参加など退院後のフォロー
- ・退院前訪問で看護師、作業療法士らと本人同行し、退院先の見学、体験、生活にまつわることの確認（電化製品や手洗い水回りなどの使い勝手など）。診療報酬上、3ヵ月以内の退院の方は3回、それ以上は6回までと定められている範囲で。
- ・退院前訪問など、実際の生活の場で本人の退院準備や地域関係者との連携に取り組む。生活方法の学習などの心理教育
- ・退院前訪問指導を多職種と実施している。
- ・アパート探し。
- ・クライシスプランの作成
- ・サービス調整
- ・家族のサポートが得られない場合は自宅の清掃、引っ越しが必要になる際の準備・手伝い。
- ・外出同行
- ・外来通院、内服継続出来るよう、訪問看護サービスの導入。居住先の確保。家族の受け入れ調整。
- ・患者様が高齢化していることも含めて、退院後の利用サービスを整えて退院後の生活がスムーズに行くように地域援助技術者と連携しカンファレンスを行っての退院となるように取り組んでいる。
- ・関係機関との退院前カンファレンス
- ・居住の場の確保に関する支援
- ・近隣住民の方へのアプローチ調整。
- ・具体的に方向性が決定した時には、適時話し合いを行ったり、調整を行っている。

- ・高齢者の認知症が増えてきていて、在宅困難なケースが多く施設入所申し込みを適宜行っている。
- ・施設入所調整
- ・自宅の掃除や家賃の支払いなどの手伝い。
- ・社会資源の紹介や手続き等のサポート
- ・身寄りのない患者の退院支援
- ・他機関との連絡調整。
- ・退院可能となった際の退院支援および意欲向上。
- ・退院可能な状態になった患者に対して、本人、家族、院内スタッフ、関係機関と連携を図り、自宅退院や施設入所に向けて取り組んでいる。
- ・退院後に必要な社会資源の調整
- ・退院後の環境調整
- ・退院後の施設見学を病棟看護師とPSWが同伴し患者様と一緒に行った上で、皆で一緒に検討をしている。家族内のトラブルもあるため、家族内のトラブルの相談も受けている。
- ・退院後の生活のための環境調整、関係機関との情報共有
- ・退院後の生活環境整備。家族介入。
- ・退院後の生活場所（環境）の調整と生活スタイルの検討と調整。
- ・退院後の調整のため、家族や地域援助事業者との情報共有を行なっている。
- ・退院後調子が悪くなった時にどうするか一緒に考える。退院後の関係者との顔合わせ、情報提供。
- ・退院支援（3）
- ・退院支援委員会の定期的開催や退院後の生活環境の調整。
- ・退院支援委員会の日程以外での担当者会議や関係機関（障害相談支援事業所、居宅介護支援事業所、包括支援センター）との連絡調整
- ・退院先の調整（5）
- ・退院先や退院後の社会資源などの相談により方向性を検討
- ・退院先施設やサービスの調整。
- ・退院前ケア会議、行政手続き
- ・家族や関係機関と退院に向けた調整
- ・退院後の環境調整
- ・地域移行支援を利用し入院中から支援者との関係作り
- ・地域移行支援事業への協力
- ・地域移行支援事業を利用し、退院促進を図る。退院後の訪問での様子伺いや地域支援者との継続した連携。
- ・地域移行促進支援、地域移行プログラム実施
- ・長期入院者の退院支援
- ・転院調整
- ・入院時から退院先の確認。多職種で本人の状態を共有し、退院できる状態になれば早期の退院を目指すよう関係者と連絡調整を行っている。
- ・入院中に調整した外部サービス（訪問看護等）と患者本人が退院前に顔合わせを行い、導入開始時にはお互いの顔を知っておく事で、本人の不安感や不信感の緩和に努めている。
- ・認知症の患者さんを担当することが多いので、介護支援専門員の方とは入院時から電話でやりとりすることが多いです。
- ・福祉連携

7. 権利擁護に関する業務

- ・医療保護入院は行動制限が伴うことが多々あり本人の人権擁護に努めている。
- ・院内スタッフに向けて、入院期間が最短になるよう、意識を持ってもらう。それに加え、人権や個人の尊厳が守られるよう、注意喚起する。
- ・権利擁護として病棟内の弁護士相談、退院支援委員会に関係なく必要に応じた支援会議、家族面談の設定、措置入院の行政不服申し立ての申し立て支援、虐待通報の事務、院内研修の企画。
- ・行動制限最小化委員会の開催
- ・退院請求や処遇し、不服がある場合の対応
- ・適切な拘束かどうかの評価
- ・本人様、家族様への人権配慮

■社会保障制度利用に関すること

- ・介護保険制度の説明・申請（6）
- ・成年後見制度の説明・申立支援(11)
- ・生活保護の申請補助（5）
- ・障害年金の手続き補助
- ・介護サービス、福祉サービスの紹介
- ・介護保険、障害福祉サービス、自立支援医療など、退院後の安定した生活のためにサービス利用調整を行う。
- ・介護保険を利用する場合は、要介護認定調査または介護度の変更申請で認定調査に同席。障害福祉サービスで障害者支援施設もしくは在宅で生活介護等を利用する場合は、障害支援区分の判定の申請や認定調査に同席。
- ・金銭面の不安解消
- ・経済的な問題、利用可能な制度の紹介と申請補助
- ・経済的支援 精神障害、身体障害、知的障害の手帳や年金取得の支援
- ・経済的問題への相談・社会保障制度の案内
- ・身寄りのない人の金銭管理や各種制度の手続きの支援
- ・制度利用のための書類作成の支援
- ・成年後見制度等、各種制度の案内や手続き支援
- ・生活の場や制度に関する案内
- ・生活相談、経済的支援、成年後見制度への案内
- ・生活保護などお金の相談、その他生活全てにおける相談
- ・入院中の経済困窮への対処
- ・入院療養環境を整える(社会資源に関して、金銭面など)。
- ・法テラスとの中継役、外出付き添い

■コロナ禍に関する言及

- ・現在、新型コロナウイルスの影響で退院支援がしにくい状況が続いておりますが、出来る限りの支援を行っています。
- ・新型コロナウイルスの感染防止のため、タブレット面会の調整実施。
- ・上記に掲げられたことを中心に退院支援に取り組んでいる。ただし、コロナ禍の状況で感染対策のため病院内に外部支援者を入れることができなかつたりする状況があります。

<取り組む必要のある業務>

260人より自由記述の記入があった（「特になし」等の非該当を除いている）。

それらを内容でカテゴリー分類したものは以下の通りであった。なお、一部意識し同義な記述をまとめている。

■退院後生活環境相談員の業務（Q3で挙げているもの）区分での分類

1. 入院時の業務

- ・医療保護入院患者以外の入院患者にも相談員の役割を知ってもらう機会を作る必要がある。
- ・家族等への退院支援委員会の必要性の周知。
- ・患者さんがより内容を理解しやすいように、説明方法などをブラッシュアップしていきたいと考えています。
- ・現在は退院後生活環境相談員が選任されたことを口頭のみで説明しているため書面でも紹介できるように院内で検討中である。
- ・個人情報保護の理由から、これまでの経緯、生活歴、家族関係などの情報が得られず、支援が難しい。特に入院前に関わっていた医療機関や介護保険関連事業所が受入の障壁になり得る問題点をあえて伝えない傾向があるため、個人情報保護法と情報の共有化のあり方を同時に成立させる在り方は検討が必要。
- ・入院後2～3日以内に退院支援計画書の作成は医療職のみで行っている。入院直後は難しくとも、再評価時に退院支援計画書の作成にご本人も参加をしてもらうように取り組む必要がある。
- ・本人・家族・関係者へ向けた退院後生活環境相談員や退院支援委員会、その他必要な情報のパンフレットなどの作成をしていつでも確認ができるようにする。

2. 退院に向けた相談支援業務（ご本人・ご家族との関わりや、退院に向けた意欲の喚起に関わること、関係作りを含む）

- ・退院意欲向上のためのはたらきかけ（5）
- ・ご本人と面談など話をする機会をとる（6）
- ・かかわりの時間をとりたいとおもいながらも、記録等に追われてしまっていることから、もう少しゆっくり本人とのかかわりを行いたい。
- ・さらに円滑な退院支援を行うために、院内支援者の意識や方向性を同じくするための調整がより必要である。
- ・意思表示が難しい患者様への退院支援業務については課題があると思います。
- ・医療保護退院支援委員会以外で定期的（こまめに）に本人・家族意向を確認。まだ退院の目的が立たない方に対して、退院意欲喚起のため、地域支援者の紹介やピアとの触れ合い等
- ・家族と病院・本人との関わりを保ち、退院に向けた取り組みへの理解促し等
- ・患者さんと家族との関係性の修復。ここから始めないと退院に至らないと思う。関係機関の調整はいつでも、いくらでもできると思う。
- ・患者さんのエンパワメント。患者さんとしっかりかかわり、一人の生活者として患者さんの意向を尊重した支援を行う。
- ・症状が落ち着いた場合の外出支援。家族・本人に対して病気や服薬の必要性を理解してもらう働きかけ。
- ・障害特性を理解したうえで、ひとりひとりに合った支援方法を模索する必要があると考えています
- ・精神科療養病棟担当の支援相談員と医療保護入院者退院支援委員会の担当患者について今まで以上に情報交換していく。また本人へお知らせするときに相談員ともに患者本人の意向を

確認する必要がある。家族に関しては病棟担当の支援相談員から家族の意向を聴取してもらうなどの対応が必要である。

- ・多職種や他機関との連携を行い環境調整をはかる。治療計画や見通し、支援計画を作成する等。
- ・退院支援に向けての業務のうち、関係職種との相談の強化
- ・退院支援委員会以外の時期にも、退院に向けた検討の会議等行えばよいかと思います。
- ・地域援助事業との関係づくり患者自身への働きかけが不足している
- ・追加の業務はないですが、本人の意向をくみ取ること個人差は大きくあるのではないかな？業務処理を優先している実態がないか心配。
- ・定期的なケア会議の場を設ける。
- ・入院されている患者様や家族と一人ひとりとの面談
- ・入院したら退院すること、退院後の生活が大切であることの注意喚起
- ・入院時に医療保護入院の場合、退院するまで基本的に医療保護入院のまま退院していく課題に対して、疾病理解に努め、任意入院への変更を目指す。
- ・入院者及び家族への退院後の生活の説明。
- ・病識がない患者に対するアプローチが困難。
- ・病識の確保、治療に対する意欲を引き出すこと。できるだけ任意入院へ形態変更を行うこと。
- ・病識を獲得し、なるべく治療に主体的に取り組めるよう疾病教育を行なう。家族へも病気の理解を促し、退院後のサポートをしてもらえる体制を築くこと。
- ・平均在院日数を減らすため、入院時から多職種がかかわっていく必要があると感じている。
- ・本人、家族、地域との総合的な関係の構築。
- ・本人・家族のカンファレンス参加調整。
- ・本人の意思について十分に話をする時間をとることができていなので、取り組む必要があると日々感じています。
- ・本人の意思決定を支えて退院につなげられる支援

3. 地域援助事業者等の紹介に関する業務（地域・行政との連携含む）

- ・さらなる個別の支援や地域支援者にどこまで退院支援に協力してもらうのかの調整
- ・行政との連携による啓発活動など。
- ・行政機関との連携（3）
- ・施設との連絡調整は既にしてはいますが、もう少し頻度を上げたり密にやりとりできればと思っています。
- ・新たなサービスや社会資源の開拓・情報収集（5）
- ・社会資源開発のための地域への介入。
- ・早期退院に向けて地域関係者との連携
- ・退院が可能と思われる医療保護入院者には、退院後の生活を想定した地域援助事業者への早い段階からの協力要請等の関わりを持つ必要があると思うが、なかなか退院が具体的とならないうちからの地域援助事業者への連絡等が行えていない。
- ・地域での受け入れ先がなく、長期入院となっている方が多い。社会資源の開拓が必要。
- ・地域に対して精神科病院に対する偏見を減らす活動。地域で精神疾患の方でも受け入れできる仕組み作りや環境への働きかけ
- ・地域の事業所の情報収集を行う際、電話だけでなく、実際に訪問して関係作りを行うこと。

- ・地域の社会資源と実態の把握。地域の支援事業者への精神科の啓発活動。地域の支援事業者等との交流
- ・地域援助事業者とのより積極的な連携（10）
- ・地域援助事業者と定期的に交流をする機会の設置。
- ・地域援助事業者の紹介や出席依頼を積極的に行っていく。
- ・地域の支援者と連携し、退院先を考えること。
- ・地域援助事業者等にかかる支援、調整
- ・地域援助者への精神科治療の限界や医療保護入院の説明や連携の強化。
- ・地域への働きかけ。院内だけでは退院支援を行うことに限界があるため、地域支援者とのコネクションを作っていく必要がある。
- ・地域支援機関側の声として、『病院はハードルが高い』と思っている方々が多い印象を受けている。その為、協働関係が築けるように、アウトリーチではないが、限られた時間の中でもっと工夫して対応して行きたい。
- ・地域資源のより詳細な把握（各事業所の強み、違い等）
- ・地域資源の把握、理解。精神保健福祉法以外の法規の理解及び活用。
- ・入院初期の段階から地域援助事業者へ介入依頼をしていくこと
- ・認知症患者が地域で生活できるよう受け入れ先の情報収集や確保を行うこと。
- ・必要なサービスに関する知識を増やす。関係機関とのネットワークを増やす。

4. 退院支援委員会に関する業務

- ・ご本人の退院先の気持ちについてご本人とお話はしているが、退院支援委員会へのご本人の参加の促しはほとんど出来ていない。コロナ禍ということもあり、特に顕著に表れている。たとえ認知症があったとしてもご本人の状態として参加出来る状態であれば主治医と相談し参加の促しを行っていったらと思う。
- ・医師の日程に合わせて調整をするため退院支援委員会開催時の地域の関係機関等の参加が難しい場合がある。今後、工夫していく必要がある。
- ・医療保護入院者退院支援委員会の開催において地域援助事業者の参加を推進していくこと。
- ・家族、支援者と、個別に連絡調整することが多いが、本来は集まって話し合えるとよいと思う。関係者が多忙であったり、日程調整に時間がかかり、つい個別に連絡して済ませてしまう。
- ・家族だけでなく、地域援助事業者に医療保護入院者退院支援委員会への参加の依頼
- ・今まで関わりが無い行政担当者等々を呼んでの会議の開催。
- ・状況に合わせて、退院支援委員会を開催する。
- ・退院支援委員会を開催するだけでなく、地域の支援者や家族への参加依頼。患者本人・参加者と今後の道筋を立て、退院に向けた取組を具体的に考えられるようにする。
- ・退院支援委員会結果のお知らせを作成する際に患者に対してもう少しわかりやすい記載する必要があると感じている。言葉では丁寧に説明しているつもりですが、記載内容が難しすぎると言われることがある。
- ・地域事業所の参加喚起
- ・必要に応じて地域関係者へ退院支援委員会出席の声かけ
- ・本人を含めた退院支援委員会の開催をすべての方に行う必要があると考えています。

5. 退院調整に関する業務

- ・グループホームの事業者との繋がり方や患者が再燃せず過ごせる仕組み、関係機関との連携についてもっとケースを通じて検討していきたい。
- ・こちらから声掛けをする前に行政や地域援助事業者が定期的に本人や家族等と連携をとるシステム作り、
- ・意識的に地域支援者を早い段階から相談していく
- ・一般住宅に単身生活するための取り組み。精神障害がある方が一般住宅で賃貸契約を結び生活する事にはハードルがいくつもある。
- ・院外機関との密な連携。
- ・家族が疎遠な方も多いため、他の支えになってくれる関係者につなぐこと。
- ・家族や退院先施設、関係者との退院前カンファレンス
- ・家族等への退院に向けての受入れ喚起、サポート体制の構築
- ・患家等への退院前訪問指導
- ・患者本人だけでなく、家族も安心できるような、地域生活への移行支援。
- ・患者様に関わる地域の方々との連携がもう少しスムーズにできるようになるスキル
- ・患者様の病状を鑑みながらご本人の意向を伺ったうえで、患者様の福利も考慮し退院後に生きやすく生活できるように調整する。
- ・環境調整の一環として同伴外出や地域支援者主催の会議への出席
- ・関係者との顔合わせ
- ・関連施設への受け入れ可否確認
- ・今もやっているが、退院するときの調整・必要機関へのつなぎなど。本人・家族と話し合いながらの退院調整。
- ・私は認知症治療病棟を担当していますので、退院先となる施設見学等ができればいいと考えます。
- ・事業所や地域に精神障害についての基礎知識や関わり方の説明。
- ・周囲への理解、周知と必要な支援の開拓。
- ・住居のない人の退院先の確保
- ・退院しやすいように、地域事業所との環境づくりを行なう事。
- ・退院に向けた支援計画の立案。病棟でのカンファレンス開催など
- ・退院に対して否定的あるいは明確に拒否する方(家族、地域関係者)とのやりとりについて、医療機関だけでは対応の限界を感じる場面があり、状況の打開策を検討していく必要がある
- ・退院後、訪問などのアフターフォロー（3）
- ・退院後の支援を望まれない方、希望されない方の地域との連携、ネットワークづくり。
- ・退院後の定期的な訪問（急性期病棟の担当でも退院後の訪問に算定が取れるようになってほしい）
- ・退院後の療養生活環境の確認を行なう事で、問題点や改善点等がもう少し明確にでき、その人にあった問題解決策が提示できる。
- ・退院後も安定した生活が継続出来るよう、病状理解を深めてもらった上で、体調の悪い時の対処方法等を共に考える。
- ・退院支援に向けての積極的な地域援助事業者との連携。
- ・退院支援委員会にて、入院継続が必要な方であっても必要に応じて関係機関となり得る機関があれば調整を図る
- ・退院先で実生活が始まる前（入院中）に周辺の利用できる施設、デイケアやB型作業所通所の送迎待ち合わせ場所までの道のり、入浴や調理、家電を使う等々、生活にまつわること全

般についてもっとアセスメントし課題をひろって対策を考えるためになど訪問回数を増やす。

- ・担当 CM に定期的に情報提供を行う（本人の状態や退院の目途等）。
- ・知的障害 行動障害者の地域移行促進 地域との連携
- ・地域移行支援事業の活用（2）
- ・地域コミュニティに医療保護入院の説明などを行う
- ・地域への受け渡しをもっとスムーズに行うために地域支援者との密な連絡。
- ・地域援助者や保健所等との退院支援に関する体制作り。
- ・地域住民向けの研修
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて関係機関との情報共有、企画立案等
- ・適宜地域援助事業と直接的に地域生活への支援を検討していく。
- ・入院患者さんと地域支援事業者との複数回の面会・面談。
- ・入院形態等についての関係機関との情報共有
- ・入退院を繰り返さないよう、地域の社会資源や障害福祉サービスの利用促進。
- ・認知症ベースの方の施設入所はスムーズですが、統合失調症や双極性障害などの既往がある高齢の方の入所は中々進まない傾向があります。まだまだ地域での偏見や不安が根強いことを感じています。具体的な取り組みについては本来であれば地域に向けた研修などが挙げられるのですが、この業務量では実際にはケース毎に協力事業者に対する説明していくしかなさず感じています。
- ・認知症患者の退院支援

7. 権利擁護に関する業務

- ・権利擁護
- ・権利擁護の行動制限最小化は委員会など担当の MHSW がやっており自分はあまり積極的ではありませんでした。また医療保護入院時の状態次第では、すぐに自己紹介や権利申請についてお伝え出来ないため、タイミングが悩ましく家族のみになることがある。積極的に取り組んでいきたい
- ・上記 Q3.7 の退院請求および処遇改善請求の支援については、現在までに請求されたケースがない。今後請求があった場合は適切に支援を行いたい。
- ・退院請求はご本人からの希望を受けていないので取り組んだことがないので、今後の課題です。
- ・退院請求及び処遇改善請求はご本人が相談なくご自身で電話するため、精神保健福祉士が関与する機会は少ない。情報提供の際に支援の必要の有無も確認する必要がある。
- ・本人の支援者や家族の高齢化・死別等で本人を取り巻く環境が軒並みパワレスを呈している現象が加速しているため、アドボカシーについての業務連携について開拓を要する。

■家族に対しての業務

- ・依存症の家族理解の促進。手厚い家族関係調整。
- ・家族に対する支援（2）
- ・家族に対する心理教育（2）
- ・家族の調整
- ・家族等との定期連絡
- ・家族面談の調整

- ・家族の承諾が得られず、退院調整が上手くいかないケースもなかにはあり、どのように家族へ話をもち上げていくか、検討していく必要があると考えます。
- ・家族の障害への理解を深めるための活動
- ・患者様もご家族も高齢となり身体疾患等の発生時の対応。頑なに退院を拒否するご家族様の対応。
- ・社会的入院を生み出さないために入院時から家族を含めたアセスメントの徹底
- ・身寄りのない方、協力する意思のない家族、長期療養を強く希望する家族などについて、退院後の生活を具体的に支えていく手段を構築しなければならない。
- ・退院に関して否定的な家族に対する関わりの強化。
- ・入院治療の状況などを含めた家族等関係者への定期的な情報共有。
- ・保護者と連絡がつくかどうかの確認作業

■長期入院者に対する退院支援業務

- ・Pt との面談の頻度が、他の業務で時間が取れないことが多く、長期の方になればなるほど、ケースとしての動きがなくなるため、面談回数が低くなってしまう。動きがないケースについても面談の頻度を上げていきたい。
- ・より一層、長期入院者に対する退院支援。
- ・強度行動障害児の入院期間が長期化している為、退院先の検討。
- ・長期入院・社会的入院となっている方の退院支援や、退院に向けた意欲喚起等のはたらきかけ（7）
- ・社会的入院を減らす。
- ・数多くいる患者のなかで、どうしても優先度がでてくるため退院に近い患者ほど濃い関りや支援となる。退院支援まで時間を要す患者への支援が行き届いていないのが現状。
- ・退院後生活環境相談員と選任を受けているが、長期の医療保護入院者の意欲喚起まではできていない。今後取り組んでいきたいところ。
- ・長期入院患者に対するの情報提供。退院のために、本人にとって必要なことはなにかを繰り返し伝えていくこと。社会生活からかなり長く離れている方がほとんどであるため、日常生活を体験できるような活動の提案。
- ・長期入院者の家族へ退院意識を持ってもらう働きかけ。
- ・長期入院者の退院に向けた個別もしくは集団力動を利用した退院促進が必要と考える
- ・長期入院者の退院支援委員会開催及び退院支援
- ・長期入院者の地域移行・定着支援
- ・長期入院者の地域移行をすすめるためには社会資源を増やしたり活用しやすくしたり、地域づくりに取り組む必要があると思う。
- ・定期的に審議会が続いている方（＝長期入院となっている方）に対して、何故退院とならないのかを審議するべき。実際、社会的院入院となっている方に対して、退院支援をしていきたい。
- ・特に長期入院の方が退院調整に繋がりにくいこともあり、退院支援委員会を期に、行動制限の解除に向けた取り組みなど必要な調整のきっかけを作っていきたいと考える
- ・入院が長期化したクライアントに対して、積極的に外部の支援者を入れるような取り組み。
- ・入院が長期化している家族への退院促進への理解 アプローチ
- ・入院期間が1年以上を経過した方への継続的なかわりや退院への取り組み。
- ・入院期限がないかつ、入院治療の必要性がない方への退院への働きかけ。

■社会保障制度利用に関する業務

- ・後見人申請
- ・後見制度活用。
- ・社会資源の把握（２）
- ・成年後見制度の活用。認知症のみならず、精神症状がかなり不安定で、妄想など症状が内在している人も多く、今後の生活を送る上で家族の高齢化などで周りのサポートが弱くなっている現実がある。
- ・保証人や成年後見等の利用促進

■よりスムーズな退院促進のための職場内多職種連携関係

- ・Dr、NS との調整が出来ないとスムーズにすすまないため調整に時間が取られる。
- ・よりスピーディーに、良い意味で効率の良い退院支援を進めるための作業の振り分け。退院支援相談員がいないと進められないということがないように、院内職員との連携の取り方を考えたい。
- ・院内の医療保護入院者への適切な治療や支援が行われるための意識の向上。
- ・院内の退院支援の体制作り
- ・院内職員との連携向上。
- ・公認心理師も取得したことを活かし、多職種連携や心理的な支援も踏まえた業務も検討している。
- ・職場内の他職種連携の強化
- ・多職種も含めたカンファレンスの開催
- ・病院全体で退院促進の意識づけ
- ・病院内の多職種連携の在り方について再考したい。自分ばかりが走り回るのではなく能動的に多職種で情報共有できる仕組み作りをしたい。

■その他

- ・65歳以上の方で介護保険非該当になった場合、障害サービスを利用したくても区分認定を受けられず、入院継続になっているケースがある。市役所と協議するも打開策はなく、制度の狭間に落ちている方を支援する方法を考えていく必要があると思う。
- ・ADLなどを今迄以上に改善していくことで、次の転院先が見つかりやすい。そのため、リハビリ等を含めた一層の取り組みが必要であると思う。
- ・アルコール患者支援。ピアカウンセリングの取り組み。包括的支援マネジメントの普及。相談員の質の向上。
- ・ケース介入の必要性のアセスメントが必要。
- ・ケース会議や、地域の研修会等へ積極的に参加をしていくこと。また、普及啓発のための家族、地域の方を招いた勉強会や講座などを実施していくこと。障害の分野や介護の分野の関係機関との連携にあたり、それぞれの分野で出来ること出来ないことを共有し障害、介護の分野で協働できるようにしていくこと。
- ・サービスで補えない部分の介入
- ・その都度、必要なものは変わってくるものだと思うので、記述が難しいです。
- ・ピアサポーターとの協働として、ご本人との関わりの機会の提供や、必要に応じて、カンファレンス等への参加依頼。
- ・ピアサポーター等との退院支援の連携
- ・ピアサポート活動の普及

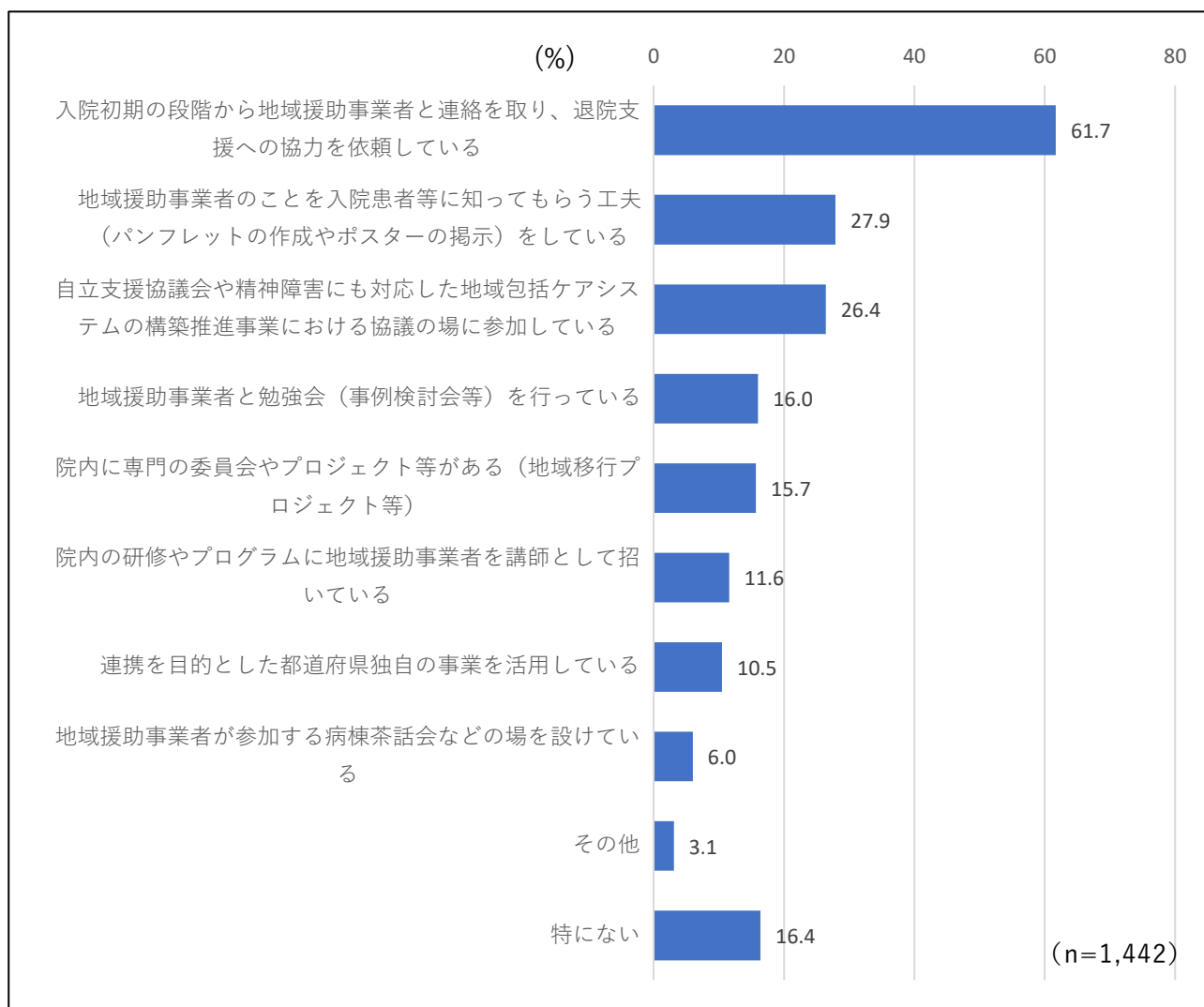
- ・ピアの方々に定期的に病棟内に来ていただいて、研修や面会の機会を入院 patient に提供する
- ・メンタルヘルスが注目される中、職場とのやり取りをする機会が増えているため職場関係との連携やメンタルヘルスについて発信していく必要があると思われる。また発信することで精神障害に対しての偏見が減ると良いと思う。
- ・医療依存度の高い方について、医療機関以外の受入れ先を早急に増やしてもらいたい。関連機関に働きかけていく必要を感じる。
- ・院内での情報共有をさらに積極的に行う必要性を感じているため個人的に検討中。
- ・院内の調整
- ・家族、環境のアセスメントがよりスピード感よくできるようにできると良い。退院支援委員会がもう少し柔軟にできれば地域支援事業者などが集まる支援会議を退院支援委員会としたい。
- ・外出、外泊支援
- ・患者会の運営
- ・環境調整等取り組むべきことは多くあるが、行う上でのマンパワーが足りない
- ・基本的なことかもしれませんが、患者様の中には、ご家族様もおらず、何も準備なく突然入院となってしまうことがあり、そのため入院生活を送る上でコップや歯磨きなどの日用品や衣類などの生活用品の調達や自宅に関する支払いについて考えることがあります。必要に応じて、ご本人様と相談しつつ、治療状況を見ながら、家主やライフラインの会社へ一緒に連絡することや、生活用品を一緒に買いに行くこともできれば、ご本人様の入院中及び退院後の生活に向けた支援の一環になるのでないかと考えている。
- ・急性期病棟のため、やむを得ず療養型の病院へ転院となる場合もある。転院の段階でも先を見通して、今後考えられる支援計画を転院先にも提示する。
- ・業務の効率化
- ・現在の業務の洗練が必要
- ・現在は存在しないが、あった方が良いと思われる資源創出のためのソーシャルアクション
- ・高齢な場合、家族への連絡がつけづらい。
- ・事務作業を減らすこと。
- ・疾病教育やピアの方からの体験談など集団へ向けたアプローチ
- ・実際の退院支援は任意に切り替え後に行うことが多く、退院後生活環境相談員として取り組むことは少ないが、取り組む必要性のある業務、業務として定められていない支援を実際には行っていることが多い。しかし、それらが診療報酬化されていないため、取り組む必要のある業務は多岐にわたるが、その根拠がないというのが現状ではないでしょうか。
- ・受け皿の拡充についての必要性の訴え
- ・就労・就学に向けて取り組み
- ・集団精神療法等の開催
- ・障害者総合支援法に規定する就労支援プログラムの導入、制度の案内
- ・上記に同じ。まだまだ現状では不十分。
- ・上記取り組みを行っているが、更なる努力が必要であると感じる。
- ・心理教育プログラム、家族教室などの導入
- ・新卒採用者へ関係機関との連携や院内スタッフ間の情報交換などのやり方の指導。
- ・親亡き後の本人の処遇についての検討。
- ・身寄りがない本人への支援。
- ・身寄りがない方への相談支援
- ・措置入院者の対応について国レベルで統一化してほしい

- ・措置入院者退院支援と重複する部分など複合的に検討し、より効率的な事務手続き方法などを模索する必要がある
- ・相談員の待遇の改善が必要。
- ・他の業務もある為、十分に役割を果たせていないと感じる。
- ・退院に向けての患者、家族、病院の支援者への意識改革。
- ・退院後生活環境相談員の役割や必要性を所属機関内で周知すること
- ・退院支援委員会の枠にとらわれない柔軟な支援
- ・担当ケースを振り返り、以後の対応に活かすこと。
- ・地域に不足している社会資源の充実を各自治体へ訴えるなどの働きかけ。
- ・地域援助者との更なる連携、ピアの導入など
- ・長期入院者の退院後の居住の場の確保・地域生活支援の充実・支援の質の向上に関して市町村の課題として自立支援協議会などで検討できる仕組みを作る必要があると感じています。
- ・適当な社会資源が無い場合の資源の創出
- ・入退院を繰り返す患者様には、地域移行支援を積極的にすすめていきたい。
- ・任意入院移行後、本人や家族との関わりが減り、定期的な見直しの機会が減少する。
- ・認知症の患者には会に出てもらわない事が自然なことになっている
- ・病状が医療保護入院となる程ではなく、支援も『要らない』と断り、困り事を表出しにくい方が退院後に自殺をされることがあったり、本人の希望がはっきりとしている人程、調整することが多くなるため、任意入院の人にもきちんと目を向けて、PSWの働きが評価される制度があれば良いと思います。
- ・病状のため退院を現実的に検討できない方に対しての、相談員として果たすべき役割の検討。

■コロナ禍への言及

- ・コロナウイルスが落ち着けば、施設や退院先への見学、外出支援の数を増やしていきたい。
- ・コロナで直接面会ができない為、リモートを検討するが高齢家族が多いため機械が使えないことが多い。その点をどうしたらよいか。
- ・コロナ禍などの非常時においても、遠方の地域援助事業者につなげられる方法、仕組みの構築。
- ・コロナ禍において、患者様家族や地域援助事業者の院内立ち入りを制限しなければならない状況下にある。本人意向を最大限尊重するための委員会開催の在り方について検討し、取り組んでいく必要があると考える。
- ・ご家族・地域の関係機関とのネットワーク（※病院としてコロナ感染対策の為積極的に対応できなかった。またオンライン等での連絡がご家族の場合取りにくい場合があった。）
- ・各事業所へコロナ対策などを行い定期的な情報共有
- ・感染症流行下での退院支援や医療保護入院者退院支援委員会開催の在り方について。
- ・現在は感染予防のため、地域支援事業者の参加を控えているが、落ち着き次第、参加を促したい。
- ・精神疾患や障害の理解のため家族教室を開催していたが、コロナ禍で行えなくなり、また年々参加も減っているため、家族支援の在り方を考えなければならないと感じる。
- ・認知症病棟担当のため、感染症対策等も考慮し、本人への退院支援委員会参加をあまり促していない。認知症患者本人の意思を家族・地域援助事業者へ伝える機会を設けなければならないと考えている。

BQ5-1. 地域援助事業者との連携について：取り組んでいること（複数選択可）



- ・ 地域援助事業者との連携について取り組んでいることは、割合が高い順に、「入院初期の段階から地域援助事業者と連絡を取り、退院支援への協力を依頼している」61.7%、以降は3割を切り、「地域援助事業者のことを入院患者等に知ってもらう工夫（パンフレットの作成やポスターの掲示）をしている」27.9%、「自立支援協議会や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における協議の場に参加している」26.4%であった。
- ・ 「特にない」と回答した者は16.4%あった。
- ・ 「その他」は3.1%の回答があり、自由記述をカテゴリー分類したものは以下のとおりであった。なお、一部意識してまとめている項目もある（括弧内は件数）。

■ 関係者会議・カンファレンスに参加してもらう

- ・ 関係者会議の参加依頼、社会資源の情報提供
- ・ 必要時には、関係機関を交えてカンファレンスを開催している

■ 退院前にアウトリーチ

- ・ 退院前訪問の同行を依頼する。
- ・ 退院前訪問看護を用いて地域にアウトリーチ

- ・地域援助事業者に定期的に面談をしてもらっている

■必要時に連絡を取り合う、調整する

- ・必要があれば情報提供および事業者との調整
- ・必要な患者に必要時のみ連絡を取り合っている。
- ・必要時、地域援助事業者と連絡調整を行っている
- ・必要に応じて関係機関と連携している。
- ・必要に応じて連絡を取る
- ・必要性に応じて連携している
- ・双方に必要性が出た時に連絡を取り合っています
- ・治療経過と退院目途を適宜連絡している
- ・必要に応じて、担当ケアマネージャーや申し込みしている施設職員に、本人の状態確認をしてもらえるよう依頼している。
- ・施設等、関係機関と連携している
- ・常に連携連絡等実施している 事業等は使っていない感覚はない
- ・SW が中心となって地域との連携を取っている

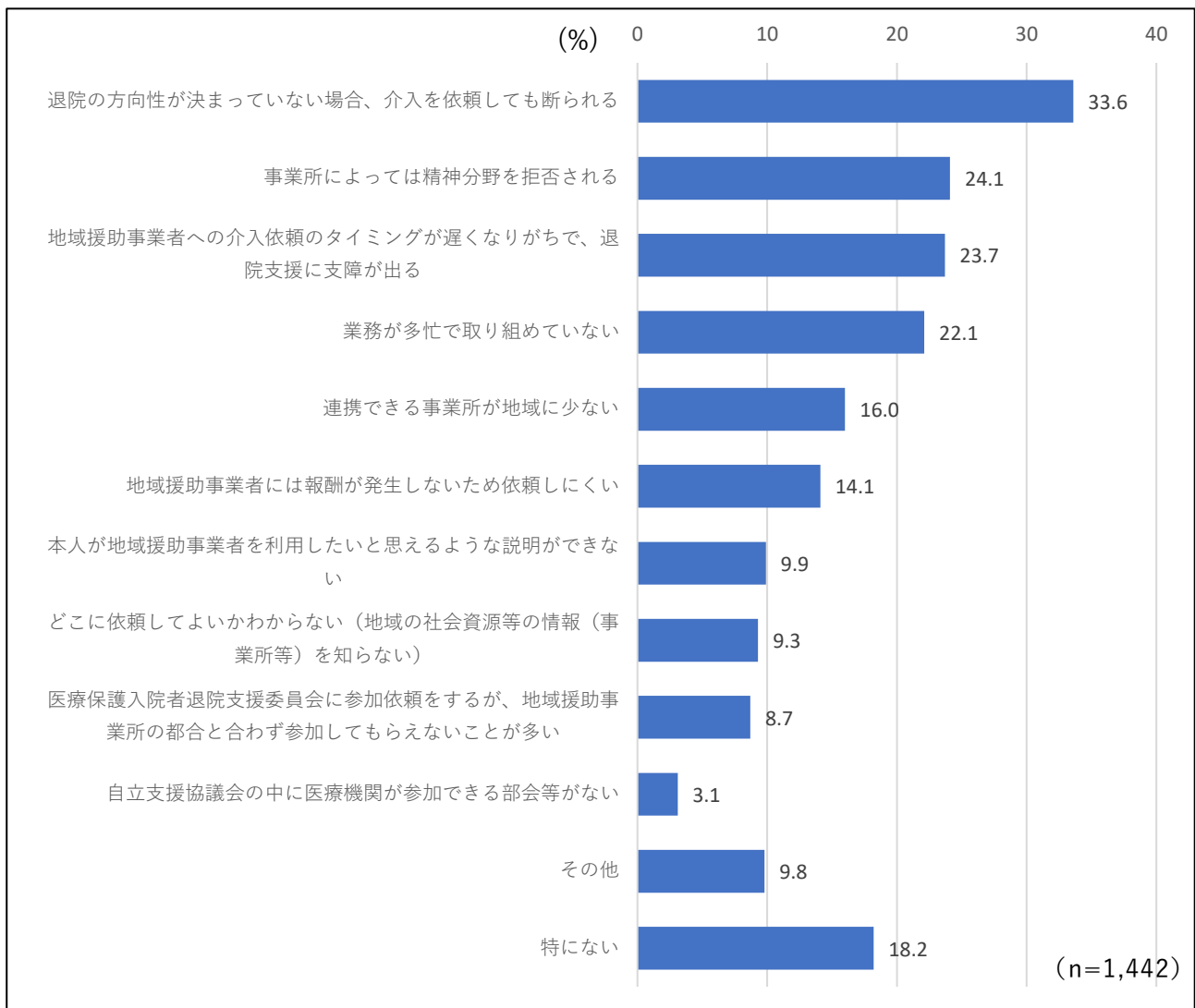
■その他回答

- ・市の就労支援部会の役員を担っている。
- ・上記について、退院後生活環境相談員としてではなく、病院として取り組んでいるものならある
- ・市・保健所との地域移行プロジェクト
- ・自治体のプロジェクト
- ・必要に応じて地域の集会に参加
- ・社会資源についての説明を院内勉強会で行なっている
- ・地域援助事業者⇒地域基幹相談の支援者
- ・ピアサポーターの活用
- ・地域移行支援で関わってもらっている
- ・地域移行支援パスの作成
- ・保健所と連携し地域移行戦略会議を実施している（3）
- ・本人の情報提供（サマリー以外）
- ・グループでの退院支援プログラム
- ・対象となる患者がない

■コロナ禍における言及

- ・以前は取り組んでいたが、現在はコロナ禍ですべて中断している（4）
- ・過去には独自の退院グループにて勉強会等の活動を行っていたが、コロナ禍により中断している。
- ・家族教室、当事者会等、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い開催を見合わせている
- ・現在は新型コロナの影響で院外の機関とのやり取りは控えている
- ・感染症防止のため、慎重に面談や相談などを行っています。
- ・感染防止のため、ケア会議や集まることなどは慎重に実施しています。

BQ5-2. 地域援助事業者との連携について：課題（複数選択可）



- ・ 地域援助事業者との連携についての課題は、割合が高い順に、「退院の方向性が決まっていない場合、介入を依頼しても断られる」33.6%、「事業所によっては精神分野を拒否される」24.1%、「地域援助事業者への介入依頼のタイミングが遅くなりがちで、退院支援に支障が出る」23.7%、「業務が多忙で取り組めていない」22.1%、「連携できる事業所が地域に少ない」16.0%、「地域援助事業者には報酬が発生しないため依頼しにくい」14.1%であった。
- ・ 病院において今後の見通しがある程度立てられていない状況では、地域援助事業者側から介入を断られたり、逆に依頼のタイミングが遅くなることで退院支援に支障が出たりするという回答からは、個々の医療保護入院者に対しての病院と地域における支援の連続性がまだ弱いことが示唆される。また、連携先の事業所自体が地域にまだ少ないという現状も課題視されている。
- ・ 「特にない」と回答した者は18.2%あった。
- ・ 「その他」は9.8%の回答があり、自由記述内容は以下の通りであった。

■ 地域援助事業者側の受け入れが困難な例があること

- ・ 相談支援事業所はケースがいっぱいで引き受けられないと断られることが多く困っている
- ・ 事業者側の業務が忙しく、断られることがある。

- ・地域性や個人によっては非協力的
- ・相談支援に相談しても言い訳つけて断られることがある なんの為の委託か考えてもらいたい時がある 背景には人員不足や報酬の少なさ等がある
- ・地域援助事業者が少ないので新規の相談を受けてもらえないことがある、受けてもらえても事業者との調整に時間がかかったり都合が合わず時間がかかる。
- ・計画相談員の空きがなく、担当者が決まらずサービス導入が進まない
- ・早期に介入依頼を行い承諾を得ていた場合であっても、事業者側の都合がつかず、退院へ向けた具体的な検討が進まず退院支援そのものに支障が生じる。
- ・精神の重い患者の受け入れをしてくれない
- ・計画相談を引き受けてくれる事業所が不足しており、依頼しても断られる。
- ・相談支援事業所に相談しても、利用者が多く担当できない、介入するまでに日にちを要する等の返答が多く、約1ヶ月の入院期間（当院では）の中で、担当者を見つけることが困難である。
- ・入院前の経過から、受け入れを断られることがある。
- ・地域援助事業者（相談支援）は抱えているケースが多いため頼みにくい。
- ・計画相談の枠がなく出来ないと断られた
- ・特に相談支援事業所に、多忙を理由に断られることがあった
- ・計画相談を依頼して定員一杯で断られる
- ・事業所が多忙で、断られてはいないものの、依頼してもなかなか支援に関わってもらえない
- ・事業所が多忙のため断られたり、電話連絡自体がつきにくいことがある
- ・地域援助事業者が業務多忙でタイムリーに対応することが難しく、依頼できないことがある
- ・精神疾患に対する理解が乏しい事業所が少ない
- ・地域の相談支援事業所が多忙で、支援が遅れがちになる

■地域援助事業所への依頼のしづらさ

- ・退院の方向性が決まっていない場合、依頼しにくい
- ・どのような人をつなげてよいか基準がわからない。
- ・事業所が決まっていない場合は依頼できない
- ・事業者によって温度差が大きいため依頼しにくい。積極的に関わってくれる事業所少なく、消極的な所の方が多いため相談しにくい
- ・地域援助事業者との連携が必要でも、事業者への依頼内容や本人意向が明確になっていない段階では依頼しにくい。
- ・入院後、関わっていたケアマネとの関係性が途切れてしまったり、退院後の方向性が決まっていない場合、その段階では本人・家族以外の人を呼びづらい。
- ・退院の方向性が決まらず事業所の選定ができない。
- ・治療抵抗性の慢性期病棟担当のため、退院に向けた動きに時間がかかり、地域援助事業者にはじめからかわっていただくような状況になく、事業者も地域的に常に不足しており具体的なサービスの利用が決まってからの依頼となっている現状がある。
- ・精神疾患を理解していない地域援助事業者が多い
- ・精神科医療に対しての理解や支援の格差があり支援が進まない
- ・退院先が困難な方の担当は、お願いしにくい

■地域援助事業者の少なさ

- ・社会資源不足

- ・地域に重度の精神障害を受け入れる事業所が少ない。
- ・頼める地域援助事業所が質的な意味で限られている。
- ・認知症患者が地域で生活できる支援や受け皿が少ない。
- ・児童思春期分野の患者様に対する社会資源が少ない。
- ・地域に資源が少なく、適切なサービス（例えば精神科デイケア）が受けられない。
- ・良質な計画相談事業者が少なく、相談支援専門員の質は落とさず、待遇改善もしつつ、数を増やしてもらいたい。
- ・関わる地域が広域となるため、地域によって積極的に関わってもらえるところとそうでないところの差がある。
- ・資源にもっとバリエーションが欲しい
- ・常に支援者がいる地域の退院先がなく、退院が難しい。
- ・地域支援事業者が地域にばらつきがあり、地域によっては紹介できる場所が少ない。

■病院と地域援助事業者等とのタイミングが合わない

- ・地域援助事業者の介入により退院のスピードが遅くなる
- ・退院支援委員会の時点では方向が定まっていない場合もあり、関係機関との連携が必要になった時点でケア会議を行うほうが支援を行いやすい
- ・早めに介入について相談しても実際に必要なタイミングで介入していただくことが難しい場合がある。
- ・病院と地域関係機関とのスピードの違い
- ・病院と地域の社会資源事業所とのスピードの違い
- ・ケースの病状把握にズレがあり、危機介入のタイミングが遅れる事がある。
- ・早期に介入依頼をしているが、こちらのタイミングと事業者のタイミングが合わない。
- ・退院に向けて地域援助事業者と連携を図っているが、退院支援委員会のタイミングで自宅退院を検討できる方がほとんどいないため地域援助事業者に参加をしていただくことができていない。
- ・地域援助事業者に依頼する時期と退院支援委員会開催の時期がマッチしない。

■ご本人の病状・症状が理由での難しさ

- ・本人の精神状態に波があり、地域援助事業者の介入段階ではないことが多く、出席依頼を行なえていない
- ・患者本人の病状等が理由で退院支援をおこなえる状態でない場合の介入のタイミングについて躊躇してしまう
- ・患者本人が退院できる状態にない
- ・患者様の認知機能が低下しており自分の思いを表出することが難しい
- ・退院支援委員会の開催時期に具体的に調整を進めてよい病状のケースが少ない。
- ・病状不安定の方が多く、病院側からも依頼しにくい。Dr からも「今は不要」と判断される
- ・認知症で病状が安定せず退院に向けて動きにくい
- ・退院支援計画を作成しても、本人の病状が不安定な時期に地域援助事業者を選定することが難しいケースが多い。
- ・精神状態が悪い方や病識があまりない方などは、退院の方向性が議論しづらいことや、地域援助事業者に参画してもらう機会をうまく作れないことがある。
- ・長期入院の方が多く病棟を担当しているため、退院が具体的にならず、地域援助事業者の紹介に至らない

- ・病状の改善の見通しが見つからない

■ご本人の気持ち

- ・本人に地域援助事業者の利用を説明しても必要性を本人が全く感じていなければ打つ手が無い。利用しない選択肢もご本人はあるので強制はできない中でどうするかが課題。
- ・本人の拒否
- ・説明するも本人が拒否する
- ・退院の方向性が決まっていない場合、本人が地域援助事業者を利用しても良い、と思うまでに至らないことがある。

■ご家族が退院を希望しない

- ・ご家族が退院を希望されないケースが多い
- ・本人家族が関りを望まない、または過去に関りがあり拒否される事がある

■高齢者（認知症患者）が多く、地域移行支援への取り組みに適さない

- ・現在担当する対象者のほぼ全てが高齢且つ重度認知症であり、家族が当院での看取りを希望している事例が極めて多い。
- ・認知症専門の病院の為退院支援自体が少ない
- ・高齢者の為、自立支援の対象者がいない
- ・認知症入院者が多く、地域への退院に向け地域援助事業者が退院に向けて院内に入っていたく機会がない。
- ・高齢者の入院が多く、地域移行支援の対象外の患者が多い。
- ・認知症の分野のため、上記のようなことは取り組みにくい。
- ・認知症の長期療養型であるため、退院者がほとんどおらず、地域の資源を活用する機会がほぼない。
- ・認知症高齢のため、地域援助事業の対象となりにくい
- ・患者が認知症の為家族の意向が優先となる
- ・長期の慢性期の患者が主であり、地域へ退院の話にもならない。
- ・認知症のある高齢のベッド上の患者さんに対して必要性がない場合が多い。

■その他

- ・本人の状態と施設の空き状況の情報共有
- ・地域援助事業所は知っているものの、患者の退院支援以外でどのように連携するのかわからない。精神患者の退院支援について、事例検討する機会がない。
- ・地域支援者の介入のタイミングと退院支援委員会の期日のタイミングが合わない。また、主治医の方針として地域支援者はなしで開催することもある。その場合には退院前に地域支援者にも参加してもらいケア会議をおこなっている。
- ・長期入院者の退院支援について抱え込みになりがち
- ・入院初期は治療の見通しが立てづらく、適切な地域援助事業者を検討しにくく、紹介が遅れることもある。
- ・Webでの参加を拒否されがち
- ・行政の介入が消極的
- ・連携先に偏りてしまう

- ・入院が長くなると担当 CM との契約切れや要介護認定切れなど、退院への取り組みがスムーズに行えなくなることがある。(継続的な CM などの支援があると良い)
- ・こちらから依頼する前に行政や地域援助事業所が積極的に関与できるような仕組みが必要
- ・ある程度の関係性が確立されるまでは、退院後生活環境相談員との業務や支援の担当する線引きがしづらい。
- ・入院した途端、退院支援は全て「病院の業務」と言われ、協力を得られないケースがある。地域援助者が多いと、やたらとケース会議の依頼があり、調整に時間をとられるわりに進展はない。
- ・地域で生活破たんや生活維持が出来ずに入院してくる方が多く難しい
- ・自治体により相談窓口が異なり、たらい回しになったり支援に繋がるまで時間の掛かることも多い。
- ・退院支援者会議後、地域事業者の介入が必要な場合は個別支援会議を開催している。
- ・本人は重度の認知症が多く本人の意向は聞き取れない。家族は介護保険施設への入所を希望している方が多い。だがすぐの入所は難しい。(待機者が何百人もいるため)
- ・連携する事業所が偏りがち
- ・入院前に地域援助事業者の介入が無く新規で依頼する場合は、任意入院に切り替わってからの依頼の方が多く、現実的だと思う
- ・入院を機に地域援助事業者が患者さんとの関係をきろうとする。
- ・ケアマネが入院と同時に契約を解除するケースがある。
- ・院内の課題だが、転床に伴い担当 PSW がかわるため必ずしも初期から関わっていない。地域との関係も再構築が必要
- ・地域によって行政や支援センターの動きに差がある。
- ・対象となる患者がいない
- ・psw にお世話になっているため、あまり関与していない
- ・地域のルールで「精神科病棟から養護老人ホームに入所するためには 3 か月間精神科病棟以外で過ごさなければいけない」という行政の取り決めがある。このことにより退院支援に支障をきたしている。

■退院後生活環境相談員側の問題

- ・自身が地域の社会資源をすべて把握できているのか自信がない
- ・専門的な知識が豊富でない

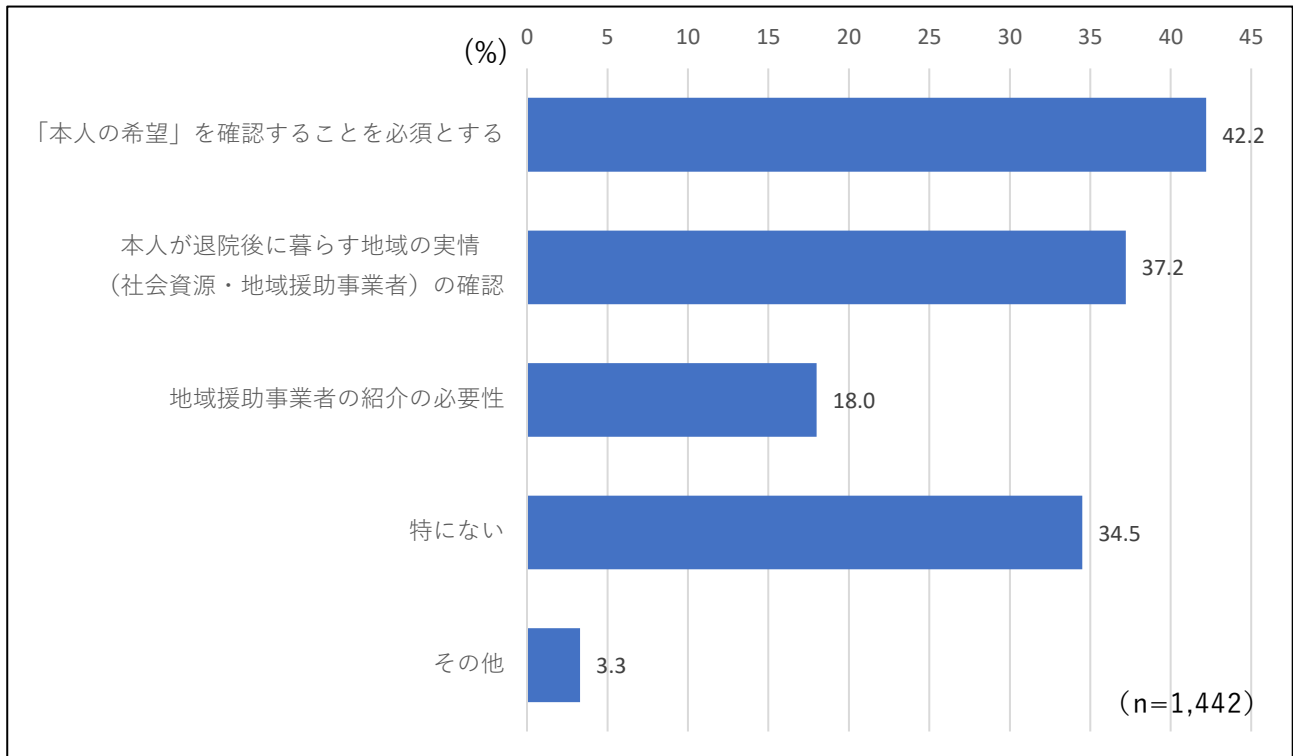
■コロナ禍に関すること：32 人の回答があった。主に、コロナ禍により、面会や対面での会合に制限があることについて言及されている。

- ・コロナ禍で外部の方の参加を控えていただいている。
- ・コロナウイルス感染症対策により外部への参加呼びかけができない
- ・コロナウイルスの影響で来院してもらうことが少なくなっている
- ・コロナで地域事業者の参加を遠慮していただいている
- ・コロナウイルスの関係で参加を控えてもらっている
- ・コロナ禍で地域事業者を招いたカンファレンスがしづらい
- ・コロナ禍を経て地域の事業者の出入りを医師が了承しづらい状況が生まれた
- ・コロナ禍においては、外部の方を呼ぶことができず、進まない。
- ・コロナ禍で現状外部の参加を病院としてストップしている

- ・感染予防のためこれまで行えていた地域援助事業所との面接や、ピアサポーターとの交流などもすべて中止となっており、思うような介入が難しい状況が続いている。
- ・コロナ禍で地域援助事業者と会って話をする機会を確保することが難しくなっている
- ・新型コロナの影響で活用に支障がある
- ・コロナ対策のため、院内に入ってもらえない
- ・コロナ禍において思うように来院いただくことができない
- ・コロナ禍で面会制限中の為、積極的に地域援助事業者に声をかけづらい
- ・コロナの感染対策において制限がある。
- ・感染症予防のためグループワークができにくい状況下である
- ・新型コロナ対策で様々な支障が有る
- ・感染症対策により入院中の介入に制限がある。
- ・院内のコロナ感染対策により制限を受けている。
- ・コロナ禍で集まらない
- ・コロナの影響により他機関と対面で会議をする機会が減った
- ・コロナ禍で集まりごとがしにくい。
- ・コロナ禍で集まる機会がなく、相談できる場が少ない
- ・コロナ禍で会議等集まる機会の制限
- ・院内の感染対策で、外部の支援者が介入しにくい。
- ・感染症状況
- ・コロナ禍で事前会議や見学相談等について各所方針が異なる
- ・家族教室がコロナ影響で開催できない
- ・新型コロナの影響で面会禁止で接触機会がない。
- ・現状、地域事業者とも面会制限あり。本人不在での連携になりがち。
- ・コロナの影響で、出来ていたことが中断され、その間に院内の組織が大きく変わり、院内での理解、協力を得にくい。

BQ6-1. 医療保護入院者退院支援委員会における審議内容で、現状より審議すべき事項や検討すべき事項について（複数選択可）

医療保護入院者退院支援委員会における審議内容として、①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間、③②の推定される入院期間における退院に向けた取り組みが規定されているが、これ以外にも審議すべき事項や検討すべき事項と考えられる事項について尋ねた。



- ・ 回答として多かった順に、「『本人の希望』を確認することを必須とする」42.2%、「本人が退院後に暮らす地域の実情（社会資源・地域援助事業者）の確認」37.2%、「地域援助事業者の紹介の必要性」18.0%であった。
- ・ 「特にない」と回答した者は34.5%であり、3割以上、現状維持でよいと考えていた。
- ・ 「その他」は3.3%あり、自由記述内容をカテゴリー分類したものは以下の通りであった（括弧内は件数）。

■ ご家族に関すること

- ・ 家族の意向・希望をうかがう（6）
- ・ 家族の事情も考慮すること
- ・ 家族の実情
- ・ 家族の受け入れや協力体制
- ・ 家族の理解、支援非協力的家族へのアプローチ
- ・ 家族要因や家族も含めた支援方針の検討
- ・ 経済状況（本人を取り巻く世帯）
- ・ 参加している家族の希望や地域援助事業者の意見も必ず確認している
- ・ 日常生活に関すること、家族や支援者の抱える苦労や問題など
- ・ 本人の意思・希望が最優先であると考えますが、退院後の生活環境も重要であると考えるので、医療保護入院へ同意した家族の意向の確認（家族側の意向への寄り添いも必要と考えます）

■ キーパーソンに関すること

- ・ キーパーソンの本人への支援状況
- ・ 本人の希望だけでなく、ご家族等キーパーソンとなる方の意見も盛り込むとより委員会の意義が出ると思う。
- ・ キーパーソンの有無。キーパーソンの意向。

■退院先や退院前に取り組む課題について

- ・退院に向け、入院中に取り組むべき課題の確認
- ・退院先の有無・場所の種類
- ・今後考えられる退院先
- ・退院先の検討、退院するにあたって病状以外での課題
- ・退院に向けて本人が取り組むこと
- ・本人の強みを活かした目標設定等

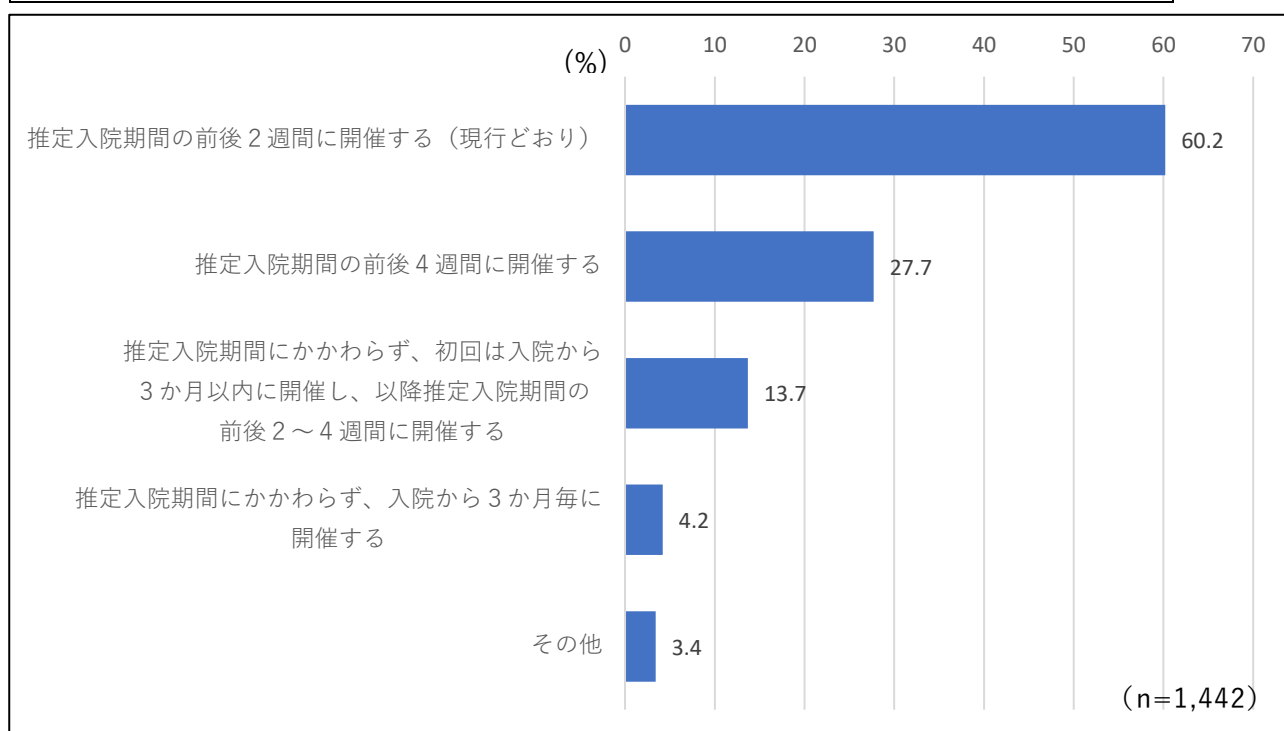
■社会保障制度の利用状況の確認・申請

- ・退院に向けて現時点でできること(介護保険申請)などを確認しておく
- ・社会資源の利用が出来ているか？障害者年金や自立支援、介護申請等

■その他

- ・ケースバイケース
- ・患者・家族によってケースバイケースであるため、一律に審議すべき内容は決められないと思う
- ・そもそも、これは病院の会議ではなく、患者本人のための会議であるため、委員会という名前自体が疑問である。「会議」などにしないと誤解を生じる恐れがある。審議内容としては、入院の必要性を議論する前に入院治療について本人や医療者と振り返って、お互いどうだったかを評価し、そのうえで今後どうしていくかを一緒に考えていくようにするのが患者のためになると思われ、それを議論する場もあったほうが良いと考える。
- ・看護師にも積極的に参加してもらいたい
- ・県が各施設などの特性を理解してその患者にあった施設をピックアップしてほしい
- ・今後も状況が変わらない可能性が高い患者さんについての退院支援委員会の必要性
- ・治療の方針の確認
- ・上記項目で必要な場合は必ず確認しています。
- ・身体的な疾患について
- ・推定入院期間はどうにでも設定できるため意味がないと感じる。
- ・生活レベルでの課題と治療の評価
- ・退院の可能性がある方(会議の対象になり続ける人)については、本人の希望は確認すべき。
- ・退院後のフォローについて
- ・任意入院への変更に関する記載。
- ・不当な入院、隔離拘束等について問われている昨今の現状を考慮し、第三者として弁護士、もしくは医療審査会のメンバーの参加を義務付けてもよいのではないかと？
- ・亡くなりそうな高齢者にも期限内だと実施をしなければならない実態に疑問がある。1ヵ月を超える可能性もあるため、実施せざるを得ない。
- ・本人に説明した上で委員会を開催しているが、病状に左右されて現実的な話し合いが出来ない事が度々ある。具体的な退院後のイメージを共有しようとしても、幻聴妄想に左右された発言が多い為、委員会として成立しているのか？時々疑問を感じる事がある。
- ・本人の希望と家族の希望が折り合わない中で本人が自身の希望を強行する場合の支援が難しい。
- ・本人の治療経過で必要時に地域援助事業者の紹介やつなぎなどを行っている。
- ・「本人の希望」を確認するのは当たり前のことすぎるように感じ、わざわざ必須とすることに違和感があります。

BQ6-2. 医療保護入院者退院支援委員会の適切な開催時期について（複数選択可）



- ・ 医療保護入院者退院支援委員会の適切な開催時期としては、「推定入院期間の前後2週間に開催する（現行どおり）」が60.2%で、最も多い回答であった。
- ・ 続いては、「推定入院期間の前後4週間に開催する」が27.7%、「推定入院期間にかかわらず、初回は入院から3か月以内に開催し、以降推定入院期間の前後2～4週間に開催する」が13.7%、「推定入院期間にかかわらず、入院から3か月毎に開催する」は4.2%であった。
- ・ 「その他」は3.4%で、自由記述内容は以下の通りであった。回答者の勤務（担当）する病棟の状況によって考えが異なることを加味し、記述内容の末尾に括弧書きで Q1-6 の算定入院料の回答を併記する。

■開催時期のその他提案

- ・ 初回は1か月以内、その後2か月ごと。（精神科救急入院料）
- ・ できれば6週間前から開催可能となつてほしい（精神科急性期治療病棟入院料）
- ・ 入院後2週間程度で開催するべきである（認知症治療病棟入院料）
- ・ 初回は入院から3ヶ月以内に開催。それ以降は病状や社会的な環境を鑑みて開催する。前後の縛りは関係者が複数参加の場合、調整が整わないケースもあり形式的な委員会になる場合もあるため、前後2ヶ月ほどが適当と思われる。（精神療養病棟入院料）
- ・ 推定入院期間の前後2週間以内に開催の1回のみ（精神療養病棟入院料）
- ・ 推定される入院期間の同月内（精神療養病棟入院料）
- ・ 初回は1ヶ月。2回目は3ヶ月。以降は3ヶ月毎だが、大きく変わらない場合には6か月または1年の開催（精神療養病棟入院料）
- ・ 定期的に開催でき法的拘束があればよりいい。（精神病棟10対1入院基本料）
- ・ 初回は1か月後に開催し、以降は3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月のいずれかで開催する。（15対1入院基本料）
- ・ その患者さんごとに見込まれる期間は違うが概ね2～3ヶ月で一回アセスメントの意味合いも込めて開催することが理想だと思う。（15対1入院基本料）

- ・推定入院期間に関わらず、初回は入院から3か月以内、以降は6か月ごとに開催する（15対1入院基本料）
- ・入院後4週間以内（15対1入院基本料）
- ・推定入院期間の前後2週間から4週間の間に開催する（15対1入院基本料）
- ・入院後6か月を超えて入院している場合開催（15対1入院基本料）
- ・入院から3ヶ月、以降は1年おき。（特殊疾患病棟入院料）

■時期は不定とし、ご本人の状態・希望に合わせる

- ・ご本人の状態に合わせて開催すべきであり、一律に期限を決めるものではないと思う（精神科救急入院料）
- ・病状によるため、画一的な期間の設定は無意味（精神療養病棟入院料）
- ・本人が希望した時に開催する（精神療養病棟入院料）
- ・患者の病状によって変わるため上記全て適正ではない。患者の状態に合わせる。（精神療養病棟入院料）
- ・ケースバイケース（認知症治療病棟入院料）
- ・期間を限定せず、本人の症状に合わせて行う（認知症治療病棟入院料）
- ・個人の状態に合わせた開催（精神病棟10対1入院基本料）
- ・状態に応じた柔軟な時期の設定（15対1入院基本料）
- ・病状に応じて個別に設定（15対1入院基本料）
- ・本人の症状から開催困難な場合の開催時期を調整できるような制度の構築（15対1入院基本料）

■必要時に適宜開催

- ・推定入院期間に関わらず適宜必要時に開催（精神科急性期治療病棟入院料）
- ・必要なタイミングで行う（精神科急性期治療病棟入院料）
- ・初回以降は必要に応じての実施が望ましい（精神科急性期治療病棟入院料）
- ・当院は入院期間が短いので必要に応じて随時何度も行っている（13対1入院基本料）
- ・期間にかかわらず適宜適切なタイミングで（15対1入院基本料）
- ・必要と考えられる時（精神療養病棟入院料）

■主治医の判断

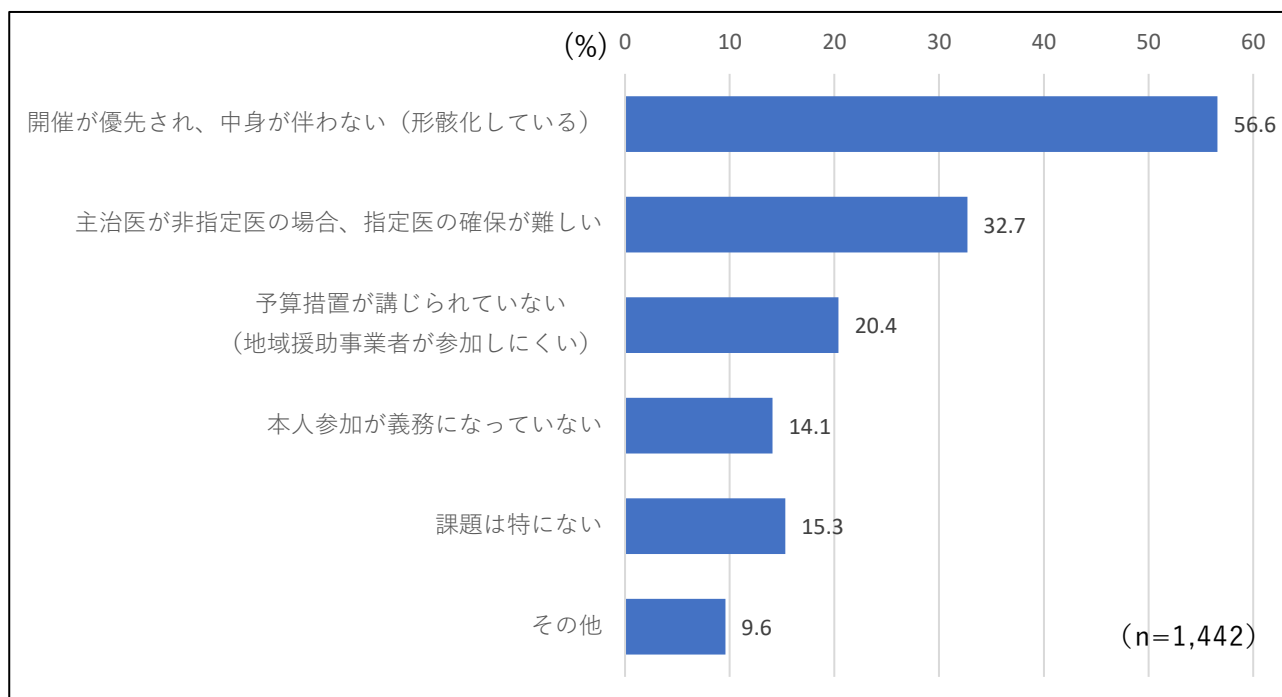
- ・主治医が必要と判断した時期（精神科急性期治療病棟入院料）
- ・主治医の判断（15対1入院基本料）

■その他

- ・一年以上入院する場合は定期病状報告の提出に併せて、退院支援委員会の開催を必須にしてはどうでしょうか。勿論診療報酬による誘導は必須ですが。（精神科救急・合併症入院料）
- ・3ヶ月以内に退院されるので、開催自体が少ない（精神科救急入院料）
- ・初回の推定期間よりも前に会議などをした場合は、推定期間前後の開催はしなくてもいい。何度もやる意味がない。（精神科急性期治療病棟入院料）
- ・医療保護入院施設がない（精神病棟10対1入院基本料）
- ・開催の必要性を感じない、院内のカンファレンスで良い（15対1入院基本料）
- ・頻度が多くても形骸化します。一年以上も継続的に行うべきではないかと考える。（15対1入院基本料）

- ・どちらともいえない（15 対 1 入院基本料）
- ・日程が合わず、必ずこの期間内での開催が困難な場合がある。（精神療養病棟入院料）
- ・病状によって退院が見込めず、開催しても変化のない事例が多くある。（精神療養病棟入院料）
- ・開催することが目的にならないよう頻度を決定する。（認知症治療病棟入院料）
- ・病院、病院機能によるので一般化は難しいと思う。（地域移行機能強化病棟入院料）

BQ6-3. 医療保護入院者退院支援委員会の課題



- ・ 医療保護入院者退院支援委員会の課題としては、「開催が優先され、中身が伴わない（形骸化している）」の回答が最も多く、56.6%であった。
- ・ 続いて、「主治医が非指定医の場合、指定医の確保が難しい」32.7%、「予算措置が講じられていない（地域援助事業者が参加しにくい）」20.4%、「本人参加が義務になっていない」14.1%であった。
- ・ 「課題は特にない」と回答した者は15.3%であった。
- ・ 「その他」は9.6%で、自由記述をカテゴリー分類したものは以下の通りであった。

■ 医療保護入院者本人の病状や状況による課題

- ・ 病状的、問題行動等から現実的に退院先を確保するのが困難な方の委員会のあり方
- ・ 退院を希望しつつも長く保護室を利用しようやく精神症状が落ち着き一般床で過ごすことがやっとの患者もいる。そのような患者にとっては「今後について」や「退院」という言葉は刺激が強く病状再燃のリスクが高まる。本人の意向を生活場面面接にて確認していくこともあるため出席は義務化すべきではないと思う。
- ・ 「退院」の言葉が本人の刺激になり不穏になることがある
- ・ 病状的に退院というワードを伝えない方がいい方でも委員会のお知らせをしてそのことがきっかけで病状悪化するケースがある。
- ・ 病識がなく退院希望が、強い患者様が告知して、退院出来なかった際に不穏になり、病状悪化に繋がる。

- ・本人が病状悪く意思確認ができない場合がある
- ・結果のお知らせは、考慮・工夫して説明しているがどうしても病状悪化につながるケースがある。この刺激が本当に退院に向けてご本人にとってよいものなのか悩むこともある。
- ・人によっては開催のお知らせ文書をお渡しした後、「退院しなきゃいけないのか」と不安になり不穏になる方がいる。
- ・本人の病状を加味していないため退院させたくても難しいことを記載しにくい
- ・病状に合わせての開催ではないため、現状報告の形になることもある。それがいい機会になる場合もあるが、本人の状態によっては開催しにくい場合もある。
- ・推定時期と状態像が合わないため、ケースによって形骸化しており制度自体の必要性に疑問がある。
- ・病識がない中で自宅への退院を強く希望する
- ・認知症・高齢の患者に関しての意見
 - 認知症の方には理解・判断が難しい。
 - 認知症高齢の場合、本人参加が難しい
 - 認知症や重度知的障害、精神症状が不安定な方は説明しても理解が得られにくい
 - 認知症の患者が多く、本人の意思を重んじた開催を目指す必要がある。
 - 重度の認知症患者では本人の意向確認が困難である。
 - 認知症、症状により本人も意向が聴取しにくい
 - 本人の参加意思表示されない方（認知症の方など）への参加について PSW の裁量に任せられ、権利を侵害している。
 - 重い認知機能の低下を伴う認知症患者が大半を占めており退院支援委員会を理解してもらうことが難しかったり退院という言葉に反応し不安定になることがある
 - 意思疎通が困難な方の希望の聞き取り
 - 高齢の認知症の患者さんを想定された制度ではない。
 - 亡くなりそうな高齢者にも期限内だと実施をしなければならぬ実態に疑問がある。1 ヶ月を超える可能性もあるため、実施せざるを得ない。

■家族に関する課題

- ・家族ファーストになり本人の意見が反映されにくい
- ・本人と家族の意向のずれ
- ・家族が参加しない
- ・家族が一生入院希望される場合はやはり退院支援が進めづらい
- ・名称が退院を連想させ、患者・家族の委員会に対する理解が伴わず、参加要請が重要視されていない印象。
- ・家族が退院に反対し、本人との関係性の悪化
- ・家族がいない、または高齢化で参加困難であり本人と関係者のみの開催になってしまう
- ・本人や家族、関係機関が退院に向けた意識がない
- ・家族や地域が退院を拒否する場合の働きかけの難しさ
- ・本人、家族の参加を増やしていきたい
- ・「委員会」という用語で患者や家族へ理解してもらい参加へ導くまで苦慮する
- ・医療機関と家族の退院への認識の差異

■日程調整に関する課題

- ・参加者の日程調整が大変であるという意見

- 参加する関係者が多い場合、日程調整が難しい。
- 前後 2 週間以内に開催しなければいけないため、家族や関係機関と医療機関での日程調整が難しいことがある
- 家族・地域援助事業者との日程調整に苦勞する
- 開催期間内に家族の都合がつかない場合がある
- 先生や家族と日程が合わない時がある
- 家族、関係機関が多忙で日程調整が難しい。
- 参加者全員の日程調整が大変
- 同時期に会が重なると調整が大変になる。
- 家族様の都合と関係者の都合が合わない。
- 家族や地域援助事業者との日程調整が難しく、開催期間を前後 4 週間にして欲しい
- 地域事業者が参加するには、調整期間が短い。
- 開催の調整で主治医や家族日程調整に苦慮する
- 参加者の都合がつかず、開催が遅れてしまう場合がある。
- 参加者の日程調整
- 医師が業務多忙 関係機関が多数にわたると調整に時間を要する
- ・主治医非指定医の場合、主治医、指定医、家族、地域事業者との日程調整となる為、都合がつかず不完全な形で委員会を開催せざるを得ない時がある。
- ・退院支援の要となる地域支援者の参加の有無によって内容が変動するため、開催日程が限定的だと対応のしにくさを感じる。
- ・推定入院期間の前後 2 週間では時期が限られている
- ・2 週間前後で行わなければならない家族や施設の予定が合わなければ無理矢理開催することになり話がまとまらない時がある
- ・本人、家族が参加できない場合は、改めてカンファレンスを開催している
- ・前後 2 週間に家族が来られない場合、同時期に 2 回行う必要がある
- ・仕事のため家族の出席が困難
- ・参加者が多数になると前後 2 週間の開催に間に合わないことが多い
- ・他の業務が多忙な為、スムーズに開催するのが困難

■医師・他職種に関する課題

- ・多職種との日程調整や十分な時間の確保が困難
- ・多職種の理解、協力体制
- ・医師が参加に消極的
- ・医師は開催するのを面倒におもっており推定の入院期間を長期にする傾向にある。
- ・医師によって委員会の開催について温度差が見られる。
- ・医師が必要性を理解していない

■その他

- ・本人の希望と Dr の所見がかみ合わない時、患者様の権利擁護が難しいことがある。
- ・開催のお知らせの書面が文字ばかりで分かりづらいため患者様へ渡しにくい。
- ・入院必要性有無について第三者の意見がない
- ・「委員会」という名前が患者のためのものになっていない
- ・機械的に定められた時期に開催しなくてはいけないこと

- ・家族等・地域援助事業者の参加が本人又は病院管理者が必要と認めた時となっているため、本人の希望がない場合には参加の依頼がしにくい。
- ・入院が長期になると形骸化していると感じる。
- ・制度以前の入院者で必要だからと開催されることはない。
- ・特に変化がないが、入院継続が望ましい方の場合、毎回変わらず 11 か月後にただ開催するという状態になる
- ・療養期間が短い場合には、すぐに委員会を開催する必要がでてくる
- ・委員会自体の必要性
- ・(上記の『開催が優先され…』にも似通る内容かもしれませんが) 仕方ないことなのかも知れないが、医療保護入院者退院支援委員会を開催する状況にない方でも事務的に開催をすることになっていることに疑問を感じる場面があります
- ・入院から 1 年以上経過しており、重度かつ慢性等の理由で審議対象外となること
- ・療養病棟にて継続入院を希望している方の場合、形式的なものになっている。
- ・病院が「ケア会議が必要」と考えるタイミングとずれることが多い。そういった場合は退院支援委員会とケア会議を別々に開催するのだが、地域支援者からの理解も得にくい。
- ・退院に結びつけるのであれば任意入院者の退院支援委員会の開催のが現実的ではないか
- ・精神保健福祉士に負担が集中している。
- ・医師、看護師、退院後生活環境相談員共に人員的に厳しさがあって形骸化される心配がある。
- ・リモート会議が想定されていない
- ・慢性期の方の定期病状報告の記載欄に困る。
- ・審議記録の診療録の記載のみでよいのではないか。
- ・診察時のおまけになっている。
- ・医療機関によって開催方法がまちまち
- ・本人を含めた病院関係者のみの参加

■ 診療報酬措置等のインセンティブについての意見

- ・訪問看護ステーションなども予算の対象にして欲しい
- ・病院側の予算措置が講じられていない。
- ・退院支援委員会開催のための各種手続き（文書の作成や発送、審議記録の都道府県への提出）等、通常の相談支援に比べ煩雑な部分があるにも拘らず、保険算定上の定めがないため、積極的に行おうとは考えにくい。
- ・関係者などの参加を調整する手間が大きく、病院・担当職員が熱心に対応するインセンティブがない
- ・病院にも予算をつけてほしい
- ・診療報酬上算定できるものがなく、会計部門を重視する所属期間から PSW 部門の働きが認められづらい
- ・診療報酬に算定されない。
- ・退院後生活環境相談員は精神保健福祉士が担うべき業務であり、そのために配置基準や予算を講じるべき

■ 事務手続き等の負担についての意見

- ・準備、処理に時間がかかり、その他の業務に支障がある。
- ・必要な書類関連の事務手続きが煩雑

- ・作成書類が多く、当院はPSWが全て記入しており書類作成に時間をとられるのが非常に辛いと感じます。当院のシステムの問題もあると思いますが、監査で引っかからないようになどただただ業務が複雑化して患者さまと面談する時間の確保も難しく必要で良い機会とも思いますが負担感も大きい。
- ・書類など事務作業が負担となるため書式は自由にした方が効率が良い
- ・書類や決められた手続きが多く、開催1件に対して時間が多く必要。他の業務に取り組みにくい。
- ・書類や記録業務に追われる
- ・審議記録等の書面作成が負担

■退院支援委員会開催のタイミングではなく、必要な会議は別途開催していることについての意見

- ・従来から退院前のケア会議を実施しており、委員会の形式をとることで、単に書類だけ増え内実は変わらない。
- ・地域援助事業者の関わりがあるケースの場合は退院支援委員会ではなくとも必要なカンファレンスは実施している為、退院支援委員会である必要性を感じられないケースもある。
- ・急性期病棟のため、わざわざ委員会の形をとらなくても関係者会議を適宜しているため委員会の準備が負担となり本来の退院支援の時間が割かれる。
- ・退院支援委員会の機会に関わらず必要に応じて多職種間で退院の可否や今後の療養先について検討を行っている。退院支援委員会という形式を取ることで、開催や告知に係る書類の準備などで業務時間が削られている。
- ・個人的には適宜ご家族や他職種等と連携し相談しているので、開催の必要性があまり感じられない。
- ・退院支援に関わる話し合いは別途必要時に行っているため、委員会は役に立っていないことが多い。
- ・委員会の開催時期と合わず、別途カンファレンスやケア会議を数多く開催している。
- ・元々退院後に向けてしっかり協議されている場合、患者も何のために行うのか実感できず戸惑いが生じる。その場合「形式上」と説明せざるを得ない。
- ・退院に向けての話し合い（療養におけるカンファレンス、個々の病院独自のカンファレンスなど）が多くあり、家族は混乱する。名称や特色の整理が必要
- ・入院当初から適宜介入しているため、改めて退院支援委員会で話し合う必要性を感じない。それでも入院に至らなかったケースについて問題や課題の整理を行うために開催していくなら意味はあるように思います。

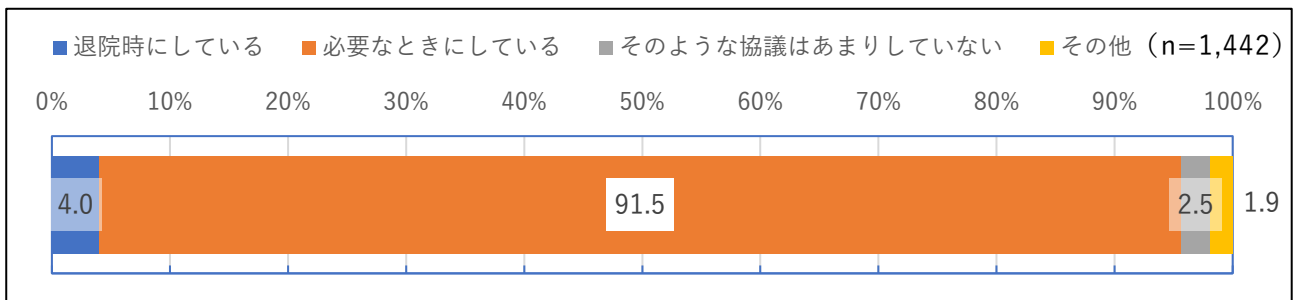
■コロナ禍の課題

- ・コロナ感染対策により、本人以外参加できない。
- ・コロナ禍のため、外部からの参加のお声掛けができない。
- ・新型コロナの影響がある。
- ・コロナ禍で面会制限期間が長く、特に形骸化しやすかった。
- ・コロナ感染対策のため、家族同席の機会が少ない。
- ・コロナのため参加依頼が難しい
- ・コロナ禍で面会制限中は本人と家族が同じ場所で話をすることができない。
- ・コロナ感染症対策にて支援事業者の来院が困難

■開催が形骸化しやすい理由（選択肢3「開催が優先され、中身が伴わない（形骸化している）」を選択した回答者からの自由記述）

- ・必要に応じて家族を招いた面談や病棟カンファレンスなどは行っているため退院支援委員会は形だけになってしまうことが多い。
- ・療養病棟退院支援委員会が非常に頻回な開催が必要となっているために形骸化しやすく、それに伴う形で医療保護入院者退院支援委員会も形骸化しやすい。
- ・入院継続が必要な場合、委員会開催の意味を感じない
- ・施設待機中の方に対して、開催について。
- ・委員会に関わらず患者様の病状に応じて相談支援や環境調整は行っている。
- ・いろいろな要素が重なり、入院が長期化する患者さんが必ずいるのが現実。その方たちの支援委員会を繰り返すことはルーティーンのようにになりがちで、発展性のない支援委員会を重ねる形が多くなってしまう。
- ・高齢者の施設待ちの場合は特に形骸化する

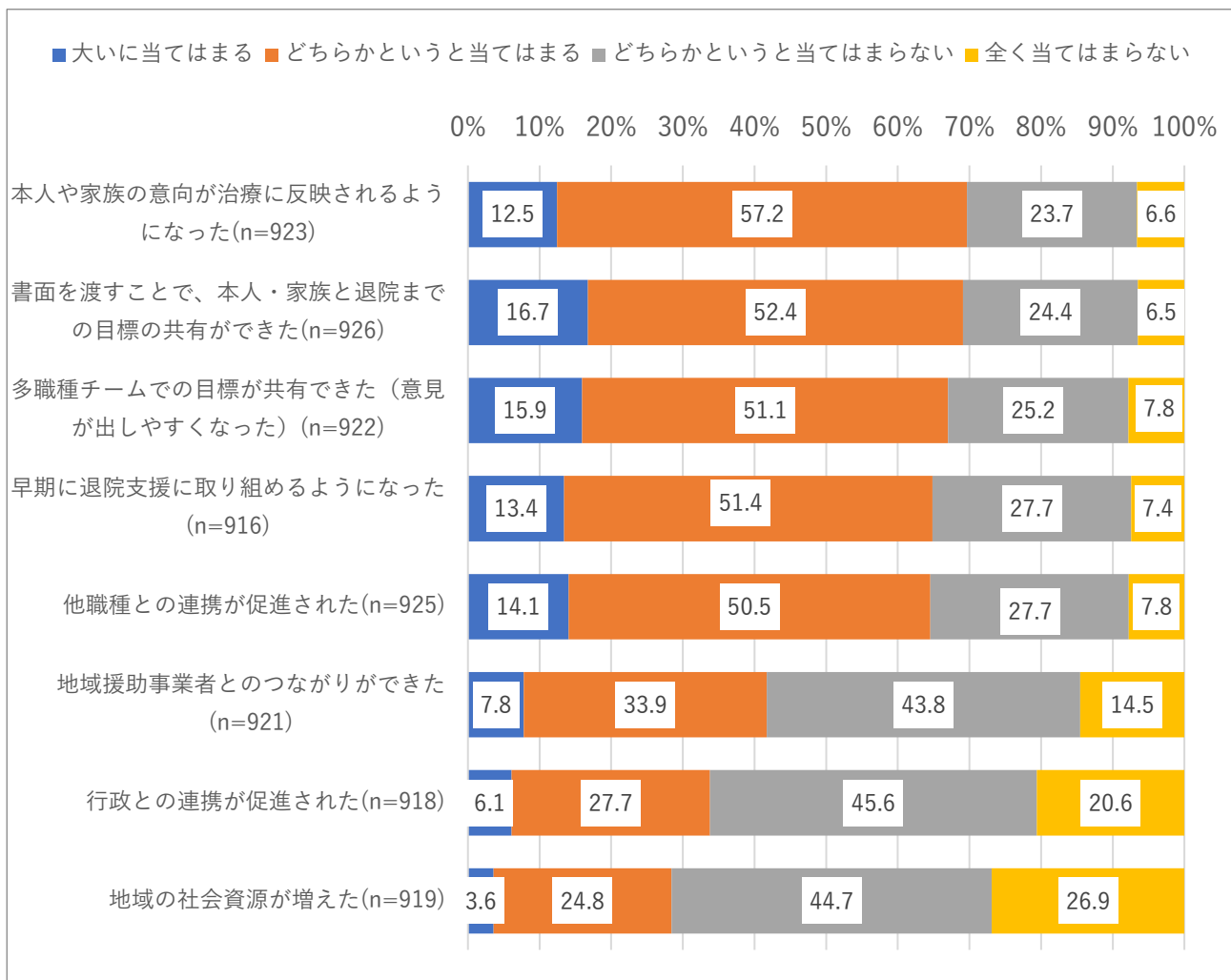
BQ6-4. 医療保護入院者退院支援委員会以外に、ケースカンファレンス・ケア会議等、退院に向けた協議をしているか



- ・医療保護入院者退院支援委員会以外に、ケースカンファレンス・ケア会議等、退院に向けた協議をしているかの問いには、「必要なときにしている」が91.5%で大多数を占め、「退院時にしている」が4.0%、「そのような協議はあまりしていない」が2.5%、「その他」が1.9%であった。

BQ7. 退院後生活環境相談員の選任が制度化されたことによる変化について

2014年の改正精神保健福祉法の施行前から勤務している者に対し、退院後生活環境相談員の選任が制度化されたことにより、どのような変化があったかを尋ねた。それぞれの回答割合は以下であった。



- ・ 「大いに当てはまる」「どちらかという当てはまる」をまとめて「当てはまる」として割合を見ると、多い順に「本人や家族の意向が治療に反映されるようになった」が 69.7%、「書面を渡すことで、本人・家族と退院までの目標の共有ができた」が 69.1%、「多職種チームでの目標が共有できた(意見が出しやすくなった)」が 67.0%、「早期に退院支援に取り組めるようになった」が 64.8%、「他職種との連携が促進された」が 64.5%で6割を超えており、退院後生活環境相談員の選任法制化による効果がみられる。
- ・ 一方、「当てはまる」が半分以下であったもの、つまり「どちらかという当てはまらない」「当てはまらない」の回答合計が過半数であったものは、「地域の社会資源が増えた」が 28.4%、「行政との連携が促進された」が 33.8%、「地域援助事業者とのつながりができた」が 41.7%であった。
- ・ 退院後生活環境相談員の業務として、本人や家族をはじめ、他職種とのやりとりをすることが必然的に増えることで、退院につながる連携が促進されたと考えられ、一定の効果があったといえる。
- ・ また、「その他」の自由記述(下記)では変化だけでなく選択肢の補足を記載した回答者も多くおり、「制度化による変化は感じられない」としながらも、その理由は制度化以前から他職種間の会議や地域援助事業者との連携には取り組んでおり、制度化されたことでの変化とはいえないといった意見が複数含まれている。

- ・ 地域援助事業者とのつながり、行政との連携、地域の社会資源の増加については、否定的な回答割合が多かったことから、院外の地域との連携が課題であるといえる。
- ・ 「その他」の自由記述の回答があったのは78人(8.4%)であり、自由記述内容をカテゴリー分類したものは以下の通りであった。

■話し合いのきっかけになった・話せる機会が増え良い方向に向かった

- ・ 長期入院の患者さんの今後について話し合う機会になった。退院に向けた話し合いに関してのきっかけになった。
- ・ 患者・家族への医師のICの機会が増え、退院支援に早期に取り組むことができるようになった。
- ・ 定期的に治療についての評価、今後について本人、家族、支援者で共有できるため良い。
- ・ 短期入院者（主に3ヶ月以内での退院者）にとっては、医療保護入院がどういうものか、入院形態をどうすべきかを院内外で考える良い機会となっており、退院促進への意識が変わった。長期入院者（主に1年以上入院中の方）にとっても、審議会をきっかけに家族や地域支援者と連携がとれる機会になり、実際に入院形態が任意入院に切り替わったりする機会となった。いずれにしても「退院」への意識はより高まり、実際に退院者も多い。
- ・ 長期入院の方の院内カンファレンスなどが定期に開催されない状態であったので、定期的開催されることによって退院支援につながっている。入院継続となっても、入院中の取り組みが見直されるきっかけになっている。
- ・ 早期に退院支援に取り組むことに加え、定期的に会を開催する事で退院支援が埋もれてしまわないようなシステムにはなっていると感じます。
- ・ 退院後生活環境相談員の選任というより、退院支援委員会が義務化されたことにより、多職種や多機関で集まり話あわざるを得ない状況（それまでは、正直退院後の生活をどうしていくか、当事者の思いを共有したり、その想いの実現にむけてどう支援していくか、具体的な話し合いがなされず、置き去りになっていたこともあった。）ができたことは、退院支援をする上でとても重要だったと思います。
- ・ 入院形態に関わらずもともと必要に応じてケア会議を本人、家族を交えて実施していたが、法改正前は医療保護入院中はまだ退院に向けた取り組む時期じゃないという認識があった。法改正によりその認識が変わり、結果、早期に地域社会資源とつながる傾向が増えた。
- ・ 医療保護入院の見直しを定期的に行うことで、入院の適正について考える機会となっている。
- ・ 医療保護入院の妥当性を検討する機会を作ることができるようになった。その結果、家族の意向が治療に反映されやすくなり、退院支援への取り組みが若干早くなった。
- ・ 入院形態の変更が可能か担当医へ意識的に働きかけるようになった。
- ・ 制度化される以前から行っている業務内容とあまり変わらないが、書面で目標や結果を明確化することで方向性がより具体的になり有効かと思われる。
- ・ 急性期病棟においては退院支援が行いやすくなったと感じる。
- ・ 医療保護入院者全員に退院のことを一緒に考えてくれる人がいるという周知が出来たことは良かった。

■制度化による変化は感じられない

- ・ 目に見えた形で変化を感じられることは無い。
- ・ 退院後生活環境相談員の選任が制度化されたことにより、というきっかけではなければ評価が変わります。
- ・ 変化はない

- ・制度化以前から他職種間の会議や地域援助事業者との連携には取り組んでおり、制度化されたことでの変化とはいえないといった意見（42）
 - 制度化される前から概ね実施している。寧ろ事務的な処理が増え業務が圧迫されている気がする。
 - 元々ちゃんと退院支援していたので、書類が増えただけで業務内容に変化はありません。
 - 改正前から、退院前のケア会議、必要に応じた地域連携を講じており、委員会開催に係る書類だけ増えたと感じる。
 - 施行前か実施していたため大きな変化はない
 - 選任が制度化される前から退院支援はずっとしてきていたので、制度化したことで特にかわりはありません。
 - 退院後生活環境相談員制度が出来る前から退院支援や地域との関係づくりを行っていたため、支援に関わることでの影響は全く感じられない。制度施行後は制度のためにカルテ記載や書類作成等の事務作業が増えた。
 - もともと退院支援はきちんと行えていたため、上記のことはできていたため、特に変化はない
 - 2014年改正以前から退院が可能な方は支援をしているため、施行前後でそこまでの大きな変化は感じられない。
 - もともと退院について話し合う基盤は出来ていたため、退院支援委員会が法的に後付けされた形になっていて、法制化されたから退院支援が促進されてという感覚はあまり無い。
 - 法改正前からカンファを開き連携をしてきた為、新たな変化は乏しい。
 - 制度化される前も後も、特に変わりなし。制度化されなくても適宜退院支援・調整は行っていたし、院内外の関係者との連携も行われていた。
 - 正直な所、今までのケースワーク業務と変わりはない。退院後生活環境相談員が制度化する前より、同様に退院支援業務を行っていた。退院後環境相談員が出来て、支援が行いやすくなった等意見が多いのであれば、PSWとしての業務を怠っていたことになるのではないかと個人的な考えがある。
 - 『当てはまらない』にチェックを入れている項目については退院後生活環境相談員が制度化する以前と『変わらない』という意味でチェックをしています。医師が参加するカンファレンスを持つ機会が少ない病院で勤務をしていた時には、医師の参加が必須である退院支援員会で意見交換をする機会が増えたと感じました。”
 - 退院支援は法改正前からやっていることと大きく変わりなし。医療保護入院者退院支援委員会の出席者との日程調整に追われてしまう。
 - 以前よりカンファレンスや地域の支援者に参加していただいていたので、法改正による変化はあまりない。
 - 入院患者様の退院支援として、常に行っていることであり施行されたことが理由での変化はない。
 - 上記は制度化以前より行っていたため、大きな変化は感じていません（悪い意味ではなく）。PSWの院内での役割や位置づけの向上には一定の効果があり、患者への説明としても有意義だと思います。但し地域連携に関して目に見える効果を感じたことはありません。
 - はじめの質問以外は、施行前と業務の変化は大きくありません
 - 当院では元々入院形態に関わらず、入院後1ヶ月以内、以降3ヶ月毎にカンファレンスを実施しているため、制度化されたことでの変化はあまり感じていません。

- もともと院内外の連携をしやすい環境であるため、医療保護入院患者が入院したということがタイムリーに分かるようになったことと、書類業務が発生した以外に大きな変化はない。
- もともと取り組んでいたのもので特に変化はなかった
- 法改正前から質問項目については取り組んでいるため、大きな変化はないとの意味にて「どちらかというとはまらない」にチェックをしています。
- 入院形態に関わらず担当をつけているので、これまでと大きな変化はなかったと思う。
- 制度化以前から合同面談は行っていた。制度化以降も委員会開催時期以外に必要性に応じて積極的に合同面談は行っている。
- 以前は精神科病院に配属されていたが、改正施行前からカンファレンス・ケア会議・家族面談などは必要時にしっかりと行っている病院であったため、この制度が始まったからといって大きな変化はない。むしろ、病院が「いまケア会議などをしたい」と思うタイミングとずれることも多々あり、退院支援委員会をしないといけないという事実が、医師などに理解いただけず、説明に苦慮することがある。
- 制度化されたからではなく、当病院では入院した方については必要あれば都度カンファレンスを実施している。
- 退院への意識は以前から常に持っており、取り組みも必要時に随時おこなっている。
- 上記理由は、病棟内で定期と必要時のカンファレンスを開催している。また、院外でも既にネットワークは構築できており、わざわざ委員会として時期に合わせて会議を開催するよりも状態に合わせたタイミングで担当者会議を開催している。
- もともと各病棟担当のソーシャルワーカーが退院支援に取り組んでいました。退院後生活環境相談員はその病棟担当ワーカーが自動的に選任されています。ですので、退院支援は従来から行っていたものであり、制度化されたからといって何ら変わりはなく、コツコツ取り組んでいます。
- 退院後生活環境相談員の選任に関わらず、精神保健福祉士としての実際の業務の変化は特に感じられません。退院後生活環境の制度に関わらず、実際の退院支援は行っていると思います。
- 退院後生活環境相談員と精神保健福祉士の業務の違いが判らない。すでにそのような取り組みをしていた。
- 従来から精神保健福祉士が担当として個別に付いていたため、制度ができたことによる変化は特に感じない。
- 患者様を支援するという点では法改正はあまり影響しておりません。
- 制度化前と後の関わりや連携、退院に向けた支援には変化ない。その他の入院形態との差はない。
- 退院後生活環境相談員が制度化される前から本人や家族の意向を反映し多職種で共有していたため大きく変わらない
- 当地域は以前から地域援助事業者とつながりやすく、協力を得やすいため、制度化による変化はさほど感じていない。当院の場合は制度化とは関係なく、入院の短期化が進んでいるように思う。
- 退院後生活環境相談員を選任することによって何かが変わったという印象はなく今までやってきたことに書類作業が上乘せされたという負担感の方が大きい。本来したい業務に支障が出ている。
- 選任以前から退院支援・相談業務を担っていたため、選任による変化は特にない。

- もともと取り組んでいることが法制化されただけなので、特に変化はない。むしろ開催時期の規定が厳しいので、実際の支援会議とタイミングが合わず、形骸化してしまう。
- 退院後生活環境相談員がいる、いないに関わらず、退院支援・退院調整は組織的に実施しているため、制度化されたための変化がわかりにくい
- 当院は、小さな市町村にあり、地域支援事業所や行政とは、施策が始まる前より、連携が出来ていたので、「どちらかという当てはまらない」にチェックしました。
- 法改定前から多職種連携、行政や各機関との連携、本人、家族への退院支援等を行っていた。基本的に法改正前との退院支援に違いはない。事務仕事のみ増えた。

■形骸化している

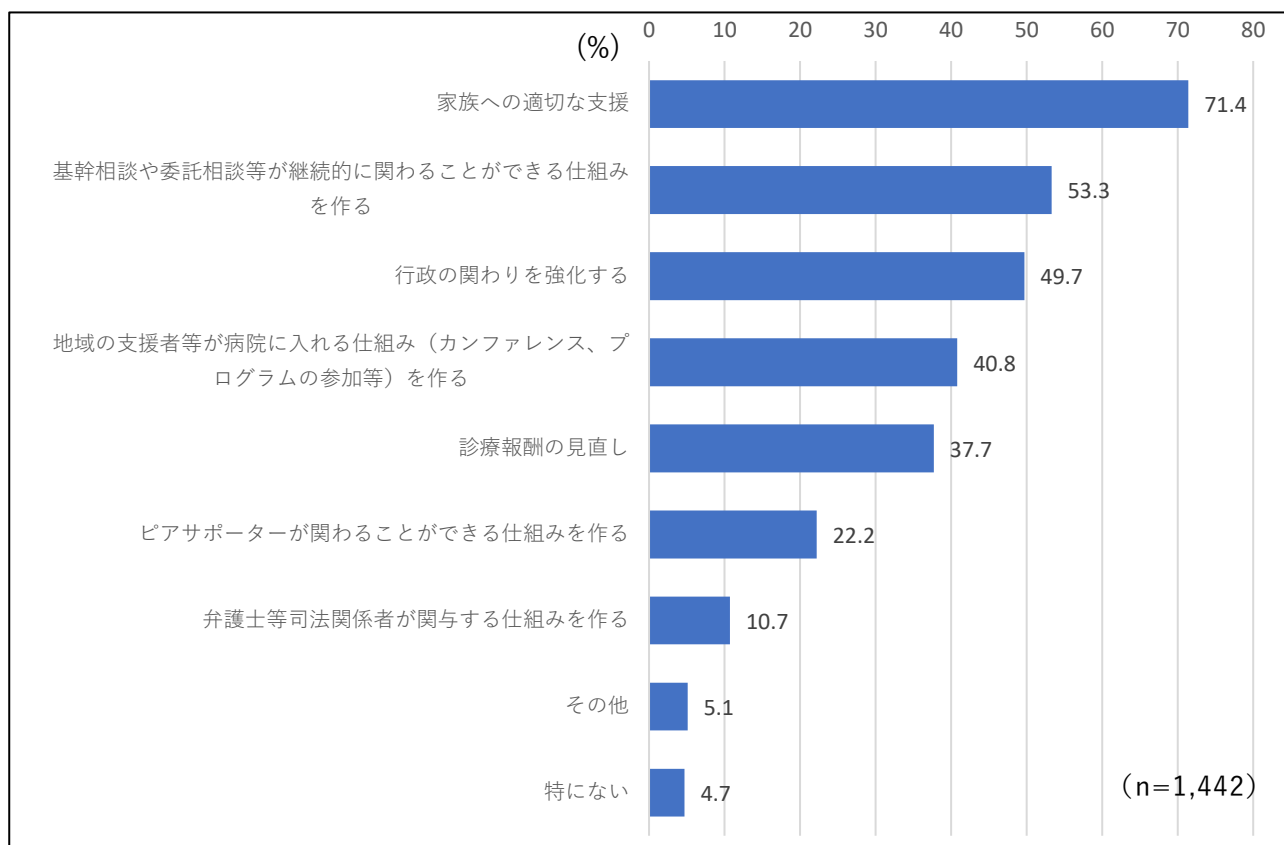
- ・形骸化していて、退院支援委員会を行うことだけが目的となっており、あまり開催の意味を感じない。退院支援については適宜、多職種カンファレンスを別で行っている。
- ・医療保護入院退院支援委員会では、現状の共有だけで止まっており、なかなか建設的な意見が出ないのが実情である。義務なので実施しているだけという感覚は否定できない。
- ・もともとやっていたことなので中身はそれほど変わらないが、開催のタイミングが取りにくくなり、また、開催だけが形が化していることもあり、本当に必要なタイミングでできているかは疑問である。

■その他意見など

- ・文面はあまり意味がないように思う。参加するだけで家族の意向等は確認できるからだ。無駄な記録や文面は省いていきたい。
- ・急性期の病棟だと、業務量が無駄に増え、本来の退院支援（ソーシャルワーク）業務にさける時間が減り、負担が増えた。
- ・業務負担
- ・やらなければいけない業務が増えた。医療保護入院の方すべてにこの仕組みが機能するとは感じられない。
- ・書類仕事や期日管理が増えて業務量が増え、本人との面接時間の確保がしづらくなった。
- ・書類に追われることが多く、患者さんと接する機会が減った
- ・人権についても相談に乗れる人がいることを退院後生活環境相談員をきっかけに伝えられることは良いと感じる。
- ・医師が入院形態を意識するようになった。
- ・社会資源は、制度化が理由かはわからないが、多少増えていると思う。
- ・書面にて説明をするが、本人も家族も煩わしいと感じられる方が多いように感じる。入院が初めての方やその家族にとっては、ほとんど理解が出来ず、説明する事に側にとっても説明するメリットがないように感じる。
- ・退院後生活環境相談員という名称がとにかく使いづらい。ソーシャルワーカーや精神保健福祉士という名称として紹介することが多く、本人や家族を混乱させてしまう。
- ・他領域には精神科法改正や退院後生活環境相談員について周知されていない。「退院後生活環境相談員だから」との理由で地域や行政との関わりに変化があったことはない。
- ・昨今はコロナ禍で退院支援委員会に来ていただきたい家族や支援者も本人やご家族等の希望がない限りは参加をご遠慮いただくこともあり（本当は長期入院の方など委員会を機会に面会や病状説明などを行い直接退院に結びつくことはなくてもきっかけづくり、関係づくりをしたい場合もあり）、なかなか思っているかかわりができないこともありました。今後の課題が見えたように思いました。

- ・退院後生活環境相談員でなくても一般的に行うケースワークであるため、形式的なものにすぎないと思われる。
- ・長期入院者が多い上病院の方針などで退院の努力を行えなかった病院のケースワーカーにおいてはポジティブな意味づけを行うことができたと思います。ネガティブにとらえれば法律そのものが後付けのため形骸化しやすい実態があると思います。
- ・院外の行政、地域の事業所と実際には日程があわないため家族や医師の都合を優先すると事後報告が多くなってしまいます。
- ・以前と特変なく必要に応じた相談業務を行っている。改正については地域に浸透していない。むしろ全て病院主体で行う必要はないのではと思う。

BQ8. 医療保護入院者の早期の退院をより促進していくために、必要と感じている取り組み（複数選択可）



- ・医療保護入院者の早期の退院をより促進していくために、必要と感じている取り組みを尋ねた。
- ・選択された割合が高い順に、「家族への適切な支援」71.4%、「基幹相談や委託相談等が継続的に関わることができる仕組みを作る」53.3%、「行政の関わりを強化する」49.7%、「地域の支援者等が病院に入れる仕組み（カンファレンス、プログラムの参加等）を作る」40.8%、「診療報酬の見直し」37.7%、「ピアサポーターが関わることができる仕組みを作る」22.2%、「弁護士等司法関係者が関与する仕組みを作る」10.7%であった。
- ・「その他」は5.1%で、自由記述内容をカテゴリー分類したものは以下の通りであった（括弧内は件数）。

■医療機関内の取り組み

- ・定期的なカンファレンス
- ・感染症対策のもと、本人と外部が密に関われるような仕組みを作る
- ・重度継続となってしまった患者への取り組み
- ・第三者の評価が受けられるような機能が必要
- ・退院支援委員会には必ず第三者を入れる。
- ・病状を早く安定化させる。制度だけ作っても患者の病状が落ち着かなければ意味がない
- ・早期の病状安定
- ・病院職員が地域へ出れる仕組み
- ・状態安定に伴い任意入院への変更し柔軟な退院支援
- ・退院を意識化できる取り組み
- ・医療保護入院者退院支援委員会のための委員会のような部署の設置。(相談窓口)
- ・本人との定期面談の実施
- ・急性症状加療中の支援準備
- ・本人希望の居住先への退院調整

■報酬等のインセンティブ

- ・退院と入院の報酬のバランスを考える時がたまにある
- ・医療・福祉関係者の賃金を上げる

■社会資源関係

- ・施設の空き状況を市全体で共有できるシステムを作る
- ・社会資源の増加
- ・65歳以上の障害福祉サービス利用について
- ・地域の受け皿の拡大・強化(4)
- ・退院先(施設等)の確保(2)
- ・退院先の施設の確保(特に認知症高齢者の施設)
- ・退院先の施設等を増やす
- ・退院する先(GHでは難しい方の)
- ・障害者施設を増設する。
- ・地域援助事業者等の増設
- ・地域の資源を充実させる、思春期青年期の患者を支える資源や体制づくり
- ・自宅退院ができないケースへの居住先の確保
- ・自宅以外の退院先の拡充。
- ・早期退院よりも再入院を防ぐための地域・家族の関わり方が重要だと感じます。
- ・社会資源の不足解消
- ・社会資源の充実(2)
- ・地域の居場所を創設・確保する
- ・身寄りない方の支援。
- ・精神疾患があっても地域で生活できる社会資源
- ・福祉・介護サービスの新規申請者へ早期の結果回答
- ・入院中でもサービスの体験ができる仕組み
- ・65歳以上の自立度の高いクライアント処遇の選択肢が小さすぎる
- ・自宅療養が困難な患者さんの受け入れ先が少ない

- ・寝たきりとなった精神障害を持つ若年者（介護保険対象外）の受け入れ先

■連携促進

- ・入院時から退院を目指し、家人や地域支援者と協力していく必要がある
- ・医療機関と受け皿の体制強化
- ・教育機関（前籍校）との連携
- ・高齢者施設やケアマネとの積極的連携
- ・支援者間での連携・共通認識
- ・市、保健所、福祉事業所等との連携強化と精神科医療、精神疾患についての啓発行うなどし理解度を高める必要がある。

■支援者の量的確保・資質向上

- ・GH等の入所施設職員の能力向上。
- ・地域移行支援等の実施できる環境（マンパワーを含め）整備。
- ・退院できる環境（人、物、予算）があること。
- ・社会資源が少ない地域において地域援助事業者を紹介し辛いいため事業所が増えるとありがたい
- ・精神科の病気や治療、役割についての地域支援者への啓発
- ・看護師配置基準の充実
- ・医師や看護師の研修
- ・サービス提供事業者を増やす
- ・地域の受け入れ先やサポートを引き継げる地域の社会資源の質の向上
- ・医師の意識
- ・医師の早期退院促進に向けた意識改革

■行政の関与

- ・セルフプランではなく、計画相談が必要と医師が判断した場合、行政の責任で計画相談を受けられるようにすること
- ・長期入院の当事者には行政の積極的な介入をしてほしい
- ・国から医師に退院促進の働きかけをする
- ・自治体によっては、「多忙」を理由に計画相談を受けてもらえないことや、保健所保健師が支援に入ってくれないことがあり、地域での見守り体制の構築に苦慮したり、退院支援を医療機関のみで行うことがあるため、地域の協力が必須だと思う。

■制度・施策の見直し

- ・精神科病院の病床削減に関する施策
- ・本人申立ての後見人の申請制度をスムーズに出来るシステム
- ・医療保護入院は強制入院なので、入院にかかる費用については本人負担ではなく全額公的負担にして、公的機関が入院の妥当性について常に監査し、退院を促進する仕組みが必要。

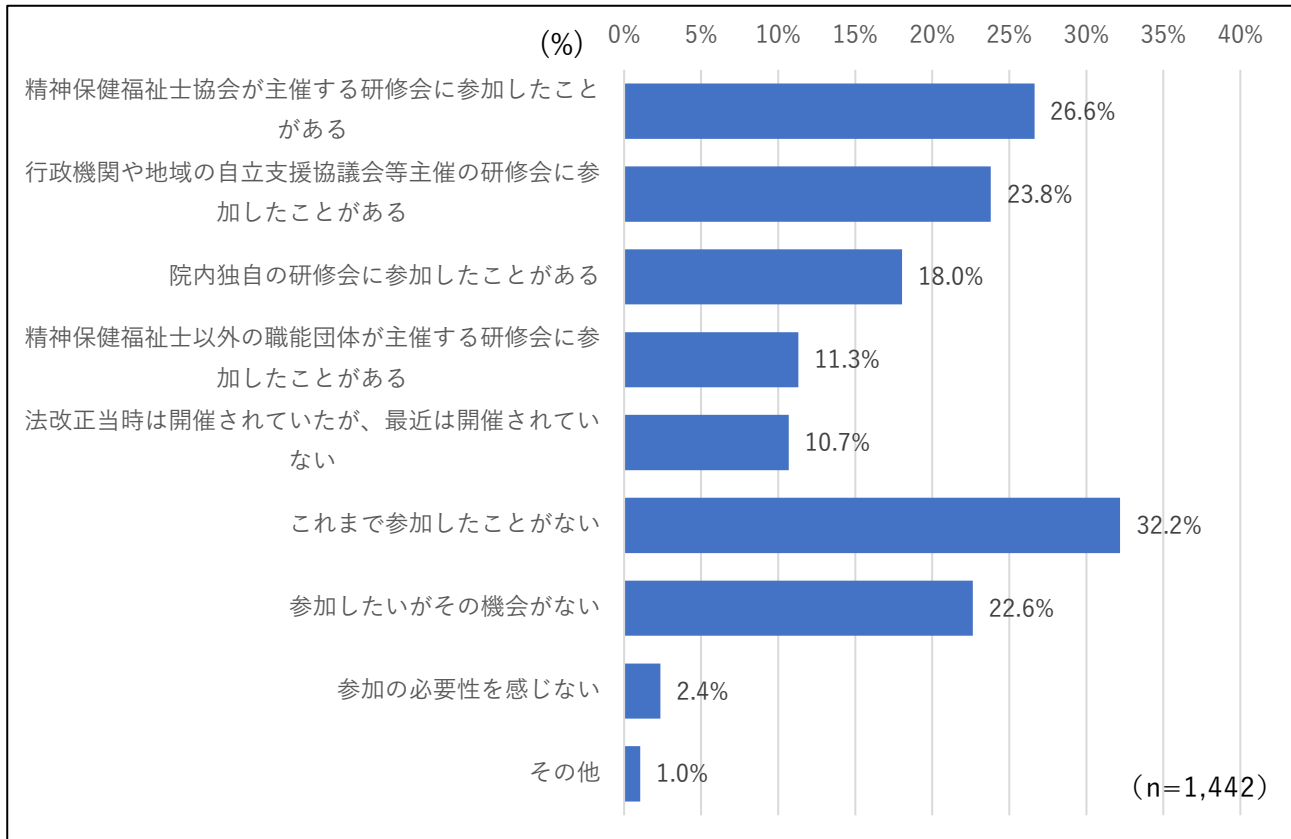
■家族の協力

- ・家族の協力（2）

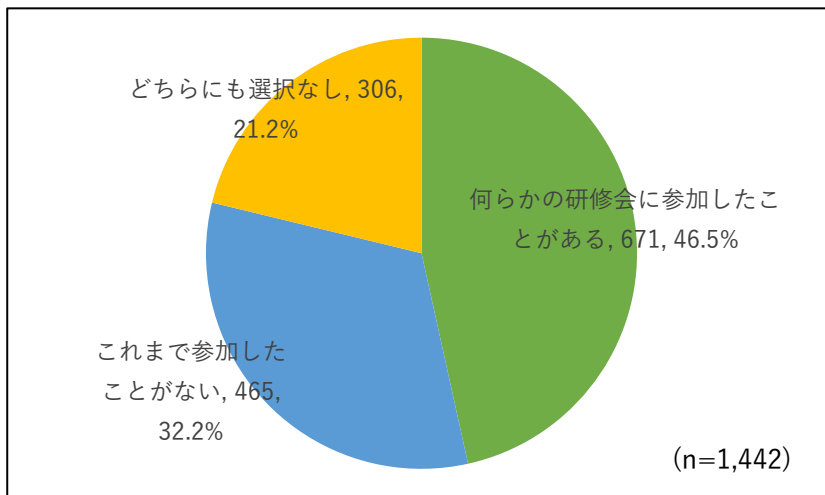
■その他

- ・精神科への偏見をなくす
- ・取り組みも大切だが、それだけでは退院は促進されない精神科ならではの難しさを感じる（例えば退院を希望しない患者様をどう導くか等）

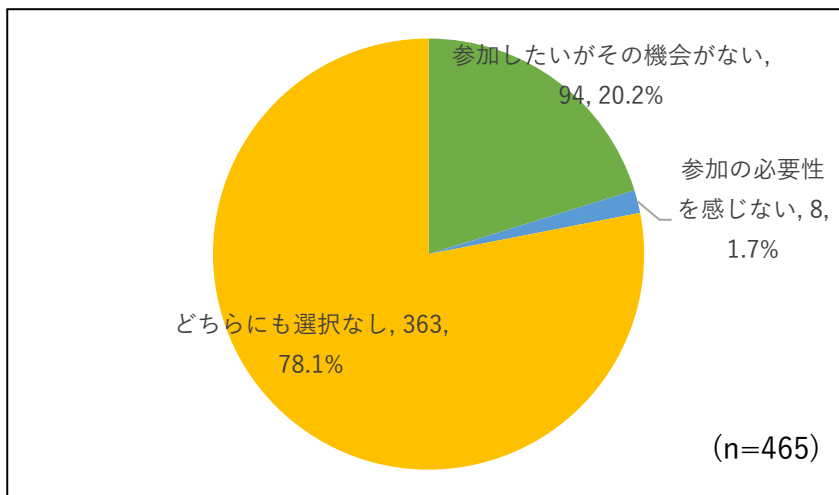
BQ9. 医療保護入院者退院支援委員会や退院後生活環境相談員の役割に関する院内外での研修について（複数選択可）



- ・ 医療保護入院者退院支援委員会や退院後生活環境相談員の役割に関する院内外での研修について尋ねた。
- ・ 最も多かった回答は「これまで参加したことがない」32.2%であり、次いで「精神保健福祉士協会が主催する研修会に参加したことがある」26.6%、「行政機関や地域の自立支援協議会等主催の研修会に参加したことがある」23.8%、「参加したいがその機会がない」22.6%であった。
- ・ 何らかの研修に「参加したことがある」者（院内独自の研修会、行政機関や地域の自立支援協議会等主催の研修会、精神保健福祉士協会が主催する研修会、精神保健福祉士以外の職能団体が主催する研修会のどれか1つでも「参加したことがある」を選択した者）と「これまで参加したことがない」で比較すると、以下の割合であった。



- ・ 「これまでに参加したことがない」を選択した者のうち、「参加したいがその機会がない」または「参加の必要性を感じない」を選択した者の割合は以下であった。どちらにも選択がない者が78.0%であり、研修受講意欲については本調査では不明であった。



- ・ 「その他」は1.0%の回答があり、自由記述内容は以下であった。

- ・ 相談員間でその都度情報共有する機会を設けている
- ・ 支援委員会・相談員に限らない退院支援に関する知識を得られる研修に参加している
- ・ 主催がどちらかわかりませんが、法改正時に研修会に参加したと思います。
- ・ 退院後生活環境相談員実践ガイドライン
- ・ 院内で主催開催をしている
- ・ ガイドラインや厚生労働省等の通達から学習
- ・ 精神保健福祉士協会が主催する学会の分科会に参加したことがある
- ・ 本を読む程度
- ・ 院内での研修会の開催
- ・ 忘れた(2)

3) 調査全体の結果を踏まえた考察

本調査事業において実施した調査Aと調査Bの結果のまとめとその結果を踏まえた考察を以下に記述する。

(1) 医療保護入院者の退院促進措置に係る実態と課題

①退院後生活環境相談員に係る事項

ア. 退院後生活環境相談員の選任状況 [調査A]

調査Aにおける2021年6月30日時点での退院後生活環境相談員の選任状況をみると、1施設あたりの平均選任数は全体で5.37人であり、この平均選任数は2020年6月30日時点の全国の退院後生活環境相談員の平均配置数5.3人（令和2年度精神保健福祉資料）とほぼ同数であった。

また、病院の種類別にみると、平均選任数は特定機能病院（1.73人）や地域医療支援病院（2.83人）において少なく、一般病院と精神病床のみを有する病院において多い傾向にあることが分かるが、このことは特定機能病院および地域医療支援病院では医療保護入院者数が相対的に少ないことと関連していた（医療保護入院者数が20人未満の病院の割合が特定機能病院において85.2%、地域医療支援病院において57.7%）。

イ. 退院後生活環境相談員の職種別選任状況

[調査A]

精神保健福祉法及び厚生労働省令で定めるところの退院後生活環境相談員として選任の対象となる職種は、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士、そしてこれ以外の者で、3年以上の実務従事経験があり、かつ指定研修を修了したものである。

調査Aにおいて、これらの職種ごとの1施設あたりの平均選任数に占める割合をみると、全体では退院後生活環境相談員の83.8%を精神保健福祉士が占めるとともに、1割強が看護師であった。病院の種類別では、特定機能病院と地域医療支援病院において精神保健福祉士の割合が全体よりもやや低く、特定機能病院では「3年以上の実務経験かつ研修修了者」が一定数いること（7.9%）、地域医療支援病院では社会福祉士が一定数いること（10.3%）が特徴的であった。

なお、個別の回答データからは、精神保健福祉士のみを退院後生活環境相談員に選任している病院も多い一方で、精神保健福祉士は選任せず、ごく一部とはいえ専ら病棟の看護師を選任しているところもあり、病院ごとの退院促進措置の運営方針の違いが反映されていることがうかがえる。

[調査B]

退院後生活環境相談員としての業務とそれ以外の業務の割合を職種別にみると、「精神保健福祉士」では退院後生活環境相談員としての業務が「4割以上」であるものの割合が6割弱である一方、「看護師」では退院後生活環境相談員としての業務が「3割以下」であるものの割合が8割以上を占めていた。

看護師が退院後生活環境相談員を担当している場合は、本来の病棟での看護業務と兼務

していることがうかがえ、退院に向けた支援を本来業務の一つとしている精神保健福祉士が退院後生活環境相談員を担うことが望ましいと考える。

ウ. 退院後生活環境相談員 1 人あたりの担当する医療保護入院者数の実態と担当数として適切と考える人数

[調査 A]

「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(障害保健福祉部長通知)において、退院後生活環境相談員の配置の目安は、退院後生活環境相談員 1 人につき、概ね 50 人以下の医療保護入院者を担当することとされている。

そこで、調査 A における実際の退院後生活環境相談員 1 人あたりの担当する医療保護入院者数の実態をみると、平均では 19.0 人、中央値 16.6 人であった。また、配置の目安である「50 人以下」の半数に相当する「25 人未満」である病院は全体の 7 割超、「30 人未満」は 8 割超を占めていることが分かった。一方、担当する医療保護入院者数が「50 人」を超える病院は 2.6% (有効回答数 467 件に対して 12 件)にとどまった。

病院の種類別の傾向としては、特定機能病院や地域医療支援病院において担当医療保護入院者数は少なく、一般病院や精神病床のみを有する病院において多いことが分かった。なお、精神病床の規模別でみると担当医療保護入院者数に大きな差異は認められなかった。次に、退院後生活環境相談員 1 人あたりの担当数として適切と考える人数をみると、適切と考える担当数の平均値は 27.3 人であり、配置の目安である「50 人以下」の半数程度が適切とされた。なお、「50 人」を超える担当数が適切とした病院が 1.6% (有効回答数 516 件に対して 6 件)であったが、これは実態に合わせた人数を適切と回答したことがうかがえる。また、「30 人未満」を適切とする割合と「30 人以上」を適切とする割合が 5 割前後で拮抗していた。

病床種別の傾向としては、特定機能病院と地域医療支援病院において「30 人以上」を適切とする割合がやや低く、一般病院と精神病床のみを有する病院においてその割合が 5 割前後であった。また、精神病床の規模別の傾向としては、病床規模が大きくなるほど適切と考える担当数も多くなっていた。

[調査 B]

調査 B の結果によると、退院後生活環境相談員 1 人あたりの担当する医療保護入院者数の実態としては、平均で 21.6 人であった。また担当数が「30 人未満」である割合は 7 割程度であった。一方、適切な担当数については、平均で 19.9 人であり、調査 A の平均と比較して 10 人ほど少ない数となったほか、「30 人未満」を適切とする割合が 65.8%と 3 分の 2 に及んだ。

以上のことから、退院後生活環境相談員の配置の目安は、退院後生活環境相談員 1 人につき、医療機関ごとに「平均して 30 人以下」の医療保護入院者を担当することとして、担当数の上限を「50 人以下」と設定することが妥当であると考えられる。

エ. 退院後生活環境相談員の選任方法 [調査 A]

退院後生活環境相談員の選任状況をみると、全体では病棟担当の精神保健福祉士等を選任しているところが 7 割を超えていた。また、病院の種類別では地域医療支援病院におい

て病棟担当の精神保健福祉士を選任しているところが約 85%と多いこと、精神病床の規模別では 400 床以上の病院において病棟担当の精神保健福祉士等を選任しているところが 9 割を超えていることが特徴的であった。

オ. 退院後生活環境相談員の業務実態 [調査 B]

「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(障害保健福祉部長通知)に規定された退院後生活環境相談員の業務等とされている各項目の実施状況をみると、担当する医療保護入院者の「80%以上の人に実施」と回答した割合が 9 割を超える業務等は、以下のとおりであった。

- ・ 患者・家族等へ退院後生活環境相談員として選任されたことを伝えるために、入院後 7 日以内に会いに行っている
- ・ 医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じること
- ・ 相談内容について相談記録又は看護記録等への記録
- ・ 退院に向けた相談支援を行うに当たっての主治医の指導を受けること
- ・ その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること
- ・ 委員会の開催に向けた調整
- ・ 運営の中心的役割を果たすこと
- ・ 医療保護入院者退院支援委員会の審議録の作成
- ・ 居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整 (必要な方のみ)
- ・ 定期病状報告に退院に向けた取組を記載

また、上記以外についても「80%以上の人に実施」が、下記を除き 7 割を上回っており退院後生活環境相談員に課せられた業務は、概ね遂行できていることが分かった。

- ・ 地域援助事業者への参加依頼
- ・ 本人を交えて退院に向けた支援計画の立案
- ・ 「結果のお知らせ」を地域援助事業者に渡すこと

上記の項目の実施状況が低いことは、そもそも地域援助事業者の紹介については、医療保護入院者及びその家族等から希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合とされていることによるものと考えられる。

カ. 退院後生活環境相談員と地域援助事業者の連携における課題 [調査 B]

退院後生活環境相談員として感じている地域援助事業者との連携における課題としては、「退院の方向性が決まっていない場合、介入を依頼しても断られる」(3分の1)、「事業所によっては精神分野を拒否される」(4分の1)、「地域援助事業者への介入依頼のタイミングが遅くなりがちで、退院支援に支障が出る」(4分の1)、「業務が多忙で取り組めていない」(5分の1)、「連携できる事業所が地域に少ない」(1割強)、「地域援助事業者には報酬が発生しないため依頼しにくい」(1割強)であった。

ある程度病院で今後の見通しが立てられていない状況では、地域援助事業者側から断られたり、逆に依頼が遅くなることで退院支援に支障が出るという回答からは、一人に対しての支援のつながりがまだ弱いこと、退院が具体化していない段階においても医療機関と地域援助事業者が連携して取り組む土壌が十分に醸成されておらず、医療機関・地域援助事業者双方の課題となっていることが表れている。また、連携先の事業所自体が地域にま

だ少ないという現状も課題視されている。

キ. 退院後生活環境相談員の選任が制度化されたことによる変化 [調査B]

退院後生活環境相談員の制度化による肯定的な変化としては、「本人や家族の意向が治療に反映されるようになった」(7割)、「書面を渡すことで、本人・家族と退院までの目標の共有ができた」(7割)、「多職種チームでの目標が共有できた(意見が出しやすくなった)」(7割弱)、「早期に退院支援に取り組めるようになった」(6割強)、「他職種との連携が促進された」(6割強)であった。これらの結果からは、患者本人や家族との協働的な取り組みや院内での多職種連携に基づく取り組みが進展していると言える。

一方、あまり変化していない項目は、「地域の社会資源が増えた」(3割)、「行政との連携が促進された」(3分の1)、「地域援助事業者とのつながりができた」(4割)であった。地域との関係性において退院後生活環境相談員の選任の制度化自体が変化を及ぼすまでには至っていないことが示唆される。

なお、自由記述においては「制度化による変化は感じられない」とする意見も多くあり、このことは退院後生活環境相談員の多くを精神保健福祉士が担っており、制度化以前から本来業務として患者の退院に向けた支援を行ってきたと捉えていることを反映していると言える。

②医療保護入院者退院支援委員会に係る事項

ア. 2021年6月の医療保護入院者退院支援委員会の開催回数

2021年6月(1か月間)の医療保護入院者退院支援委員会の開催回数をみると、病院の種類別の特徴として、特定機能病院と地域医療支援病院において「1回以下」が5割を超えていること、精神病床の規模別では病床規模が大きいほど開催回数が増える傾向にあることが分かった。

次に、在院期間が1年以上の医療保護入院者を対象とした退院支援委員会の開催回数をみると、特定機能病院と地域医療支援病院において開催回数が0回であるところが端的に多いこと、精神病床数の規模が大きいほど開催回数が1回以上のところが多くなることが特徴的であった。1年以上の人の多くに退院支援委員会が開催されていないことが明らかとなり、そこに長期入院者の退院促進における課題があると考えられる。

以上の結果については、特定機能病院と地域医療支援病院では、平均在院期間の上限が施設基準として設定されている入院料の届出をしている病棟が多く、推定入院期間を超えて入院継続する者が少ないこと、そもそも在院期間が1年以上となる医療保護入院者がほとんどいないことを反映していると考えられる。また、医療保護入院者数が多い病院ほど、推定入院期間を超えて入院継続する者が一定割合で発生すること、さらに1年を超えて入院を継続する者が発生することを反映した結果であると言える。

イ. 医療保護入院者の入院期間 [調査A]

2019年6月(1か月)に入院した医療保護入院者の実際の入院期間をみると、3か月時点の退院率は57.6%で、1年時点での退院率は83.1%であり、令和2年度精神保健福祉資料における同時期の調査結果(3か月時点退院率60.9%、1年時点退院率80.6%)との大きな差異は認められなかった。

ウ. 医療保護入院者退院支援委員会の参加状況

[調査 A]

2019年6月に入院した医療保護入院者を対象として、入院後1年間（2020年6月まで）に開催した退院支援委員会について、「患者本人」「患者家族」「地域援助事業者」の参加状況をみると、「患者本人の参加」35.5%、「患者家族の参加」41.9%、「地域援助事業者の参加」12.9%であった。

[調査 B]

2021年6月の1か月間における、担当患者の医療保護入院者退院支援委員会の開催状況から、当該委員会への「患者本人」「患者家族」「地域援助事業者」「地域援助事業者以外の関係者」の参加割合をみると、「患者本人の参加」46.9%、「患者家族の参加」41.3%、「地域援助事業者の参加」9.7%、「地域援助事業者以外の関係者の参加」14.2%であった。

これらのことは、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（障害保健福祉部長通知）において、「患者本人の出席」は、当該医療保護入院者が出席を希望する場合、「患者家族の出席」及び「地域援助事業者の出席」は、当該医療保護入院者が出席を求めた場合であって、当該出席を求められた者が出席要請に応じるとき、とされていることに基づいた結果であると言える。本来、患者本人の退院に関する事項が本人不在で決定されることは望ましくないことであり、患者本人が出席できるよう、もしくは患者本人の意思表示・意向の反映ができるように工夫することが求められる。

しかしながら、特に地域援助事業者の参加率の低さについては、退院後生活環境相談員による患者本人への説明や地域援助事業者への働きかけ、地域援助事業者の認識や開催の日程調整等に課題があることが示唆される。

エ. 医療保護入院者退院支援委員会の課題 [調査 B]

医療保護入院者退院支援委員会の課題としては、「開催が優先され、中身が伴わない（形骸化している）」が6割弱に及び、「主治医が非指定医の場合、指定医の確保が難しい」が3割強、「予算措置が講じられていない（地域援助事業者が参加しにくい）」が2割程度であった。また、その他の課題として「本人の病状や状況による課題」「家族に関する課題」「日程調整に関する課題」「医師・他職種に関する課題」「事務手続きの負担」などがあげられた。

「退院支援委員会の形骸化」に関しては、退院支援委員会以外に、ケースカンファレンス・ケア会議等、退院に向けた協議を行っている病院が9割を超えていることから、退院支援委員会の機能を見直す必要性が示唆される。

③医療保護入院者の退院促進措置に係る事項

ア. 医療保護入院者の退院促進措置を実施したことによる変化

[調査 A]

医療保護入院者の退院促進措置を実施したことによる変化を確認するため、「推定入院期間を意識した退院支援を行えるようになった」「地域援助事業者等の地域の支援機関との連携がスムーズになった」「多職種が協働して支援に取り組む機会が増えた」の4項目について、「大いに当てはまる」「どちらかという当てはまる」「どちらかという当てはまらない」「まったく当てはまらない」の選択肢を設定した。

このうち「大いに当てはまる」と「どちらかという当てはまる」を医療保護入院者の退院促進措置を実施したことによる効果と捉えると、効果があったとする割合が高い項目として、「多職種が協働して支援に取り組む機会が増えた」（7割強）、「推定入院期間を意識した退院支援を行えるようになった」（7割弱）、「新規入院患者のうちで入院期間が1年を超える者の割合が減った」（6割弱）をあげることができる。

一方、「地域援助事業者等の地域の支援機関との連携がスムーズになった」については、効果があった割合は4割強にとどまり、地域援助事業者等との地域・院外での連携等に課題が見られる状況にあることが分かった。

上記の4項目以外の退院促進措置の実施の変化に関する自由記述では、「退院促進措置が始まる前から、必要な支援の取り組みは行っており、この改正による効果・変化とは言えない」「変化なし」とする回答も比較的多くみられた。このことは、個々の病院の退院促進への取り組み姿勢の差異、病院や病棟の担っている医療機能の差異が反映されていると考えられる。

また、「患者本人やその家族とのつながりが強化された」「病院全体で推定入院期間に対する意識が向上した」といった肯定的な変化もあった。一方、「文書作成業務等の事務作業が増えたことによる負担の増加」を変化と捉えるところもあり、業務負荷の高まりへの対応策が必要であると考えられる。

〔調査B〕

調査Bにおいては、退院後生活環境相談員の選任が法定化されたことによる変化について尋ねており、制度化による効果として捉えることができる項目は、「本人や家族の意向が治療に反映されるようになった」（7割）、「書面を渡すことで、本人・家族と退院までの目標の共有ができた」（7割）、「多職種チームでの目標が共有できた（意見が出しやすくなった）」（7割弱）、「早期に退院支援に取り組めるようになった」（6割強）、「他職種との連携が促進された」（6割強）であった。

一方、「どちらかという当てはまらない」「当てはまらない」の回答合計が過半数であった項目は、「地域の社会資源が増えた」（3割弱）、「行政との連携が促進された」（3割強）、「地域援助事業者とのつながりができた」（4割）であった。

これらの結果から、2013年改正法の退院促進措置の導入により、新規の医療保護入院者の退院促進に向けた院内連携・協働の取り組みは着実に進展していると考えられる。

一方で、今後地域援助事業者等との連携を深めていくためには、地域援助事業者の紹介が「医療保護入院者又はその家族から求めがあった場合の努力義務」とされ、「紹介を受けた地域援助事業者は退院後生活環境相談員との連携に努め、連絡調整を図る」こととされている現行の規定を見直し、さらに踏み込んだ規定とするとともに、地域援助事業者の退院支援委員会やケア会議等への出席に対する報酬の付与等が必要であると考えられる。

イ. 退院促進措置規定による長期入院者の変化〔調査A〕

医療保護入院者の退院促進措置が法律に規定されたことによる長期入院者の退院促進等の変化については、「長期入院者の退院者数が増えた」とする回答は3割程度にとどまった。1年以上の長期入院者の半数近くを医療保護入院者が占めていることから、医療保護入院者の退院促進措置は長期入院者の退院には結びついていないと言える。また、「地域援助事

業者と一緒に退院に向けた取り組みができるようになった」とする回答が5割程度、「地域移行支援の利用が増えた」とする回答が3割程度にとどまり、地域援助事業者等との連携による長期入院者の退院促進の取り組みが十分には進んでいないことが分かった。

2013年改正法では、入院中のすべての医療保護入院者に対して退院後生活環境相談員の選任が義務づけられたものの、在院期間が1年以上の医療保護入院者については、退院支援委員会の審議の対象としないことができることとされており、すべての医療保護入院者を退院支援委員会の審議の対象とする必要性が示唆される。また、これまで講じられてきた長期入院者に対するさまざまな退院促進策を改めて検証し、効果的な退院促進策を新たに講じる必要があると考える。

ウ. 任意入院者等への同様の退院促進措置〔調査A〕

「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（障害保健福祉部長通知）では、本措置は「その他の入院形態の入院患者の早期退院のためにも有効な措置であることから、任意入院者等の医療保護入院以外の入院形態による入院者にも同様の措置を講じることにより退院促進に努められたいこと」とされている。

今回の調査では、任意入院者等の医療保護入院以外の入院形態による入院者に対する同様の退院促進措置を実施していない病院が4割あり、そのうち9割の病院は今後も実施する予定がないことが分かった。このことは、法律に規定する退院促進措置の対象をすべての入院者に拡大していくことの必要性が示唆される。

エ. 現行の退院促進措置の改善点、追加して取り組む必要がある措置

〔調査A〕

医療保護入院者等の早期の地域生活への移行等を実現する方策として、現行の退院促進措置において改善すべき点や、追加して取り組む必要がある措置に関しては、多種多様な意見が寄せられた。これらの意見を集約すると概ね以下のとおりとなる。

【現行の退院促進措置において改善すべき点】

- ・ 法律を根拠とした退院促進措置の任意入院者等への適用の拡大
- ・ 退院後生活環境相談員の業務過多を軽減するための方策としての担当数の適正化及び医療保護入院者数の縮減
- ・ 改正法施行以前からの医療保護入院者および在院期間が1年以上の医療保護入院者に対する退院支援委員会での審議の必須化
- ・ 退院支援委員会の開催時期の見直し、一部重複する機能を持つ他のケア会議等の退院支援委員会の開催への読み替え
- ・ 退院支援委員会に地域援助事業者や行政担当者が参加しやすい環境の整備
- ・ 地域援助事業者との連携の義務化
- ・ 医療機関内の退院促進に係る取り組みに対する診療報酬上の評価
- ・ 病棟の医療機能に応じた退院促進措置

【追加して取り組む必要がある措置】

- ・ 認知症等高齢患者に対する別建ての退院促進措置の設定
- ・ ケアラーとしての家族への支援策の強化

- ・ 精神障害者が利用できる介護保険サービスや障害福祉サービス等の社会資源の充実
- ・ 相談支援専門員等の地域援助事業者のマンパワーの増強
- ・ グループホームをはじめとする居住資源の充実
- ・ 医療保護入院制度の見直し、精神科特例の撤廃、病棟の機能分化の促進

[調査B]

医療保護入院者の早期の退院をより促進していくために、必要と感じている取り組みとしては、「家族への適切な支援」（7割）、「基幹相談や委託相談等が継続的に関わることができる仕組みを作る」（5割強）、「行政の関わりを強化する」（5割）、「地域の支援者等が病院に入れる仕組み（カンファレンス、プログラムの参加等）を作る」（4割）、「診療報酬の見直し」（4割弱）、「ピアサポーターが関わることができる仕組みを作る」（2割強）、「弁護士等司法関係者が関与する仕組みを作る」（1割）であった。

また、自由記述の内容を集約すると以下のような取り組みが必要であると言える。

- ・ 医療機関内の取り組みの強化
- ・ 報酬等のインセンティブ
- ・ 社会資源の拡充
- ・ 地域との連携促進
- ・ 院内外の支援者の量的確保・資質向上
- ・ 行政の関与

(2) 新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響 [調査A]

今回の調査の本旨とはやや逸れるものの、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が精神病床を有する病院に与えた影響を確認するために、2019年度との比較における2020年度の「入院者数」「退院者数」「退院調整」「平均在院期間」の変化について尋ねた。

まず「入院者数の変化」については、全体では「減った」病院が48.1%と約半数に影響が及んだことが分かった。特に特定機能病院や地域医療支援病院における入院者数の減少は6割前後に及び、新型コロナウイルス感染症者の受け入れ病院であったことや感染拡大防止対策の影響を大きく受けたことが推測される。また精神病床の規模別でみると、300床以上の精神病床を有する病院では、6割を超える病院において入院者数が減少したと回答しており、受け入れ容量の大きい病院ほど影響を受けたことが分かった。「その他の影響」の自由記述からは、入院者数の減少要因として、感染を恐れての患者の受療に対する抑制的行動、入院中の外出・外泊・面会制限による入院に対する消極的行動といった側面があったこともうかがえた。

次に「退院者数の変化」については、全体では「変わらない」病院が5割を超えていた。「減った」病院は3割程度であり、地域医療支援病院が5割程度であったが、それ以外の病院では入院者数との比較において影響を受けたところは少なかった。ただし、「その他の影響」の自由記述からは、感染防止対策としての外出・外泊・面会の制限が患者の退院意欲に影響するとともに、退院準備のための試験外泊等を困難にしたことがうかがえた。

「退院調整の変化」については、全体で7割を超える病院が「進めにくくなった」と回答しており、病院の種類別においても精神病床の規模別においても大きな差異は認められなかった。退院調整には、家族を含む受入れ先や地域関係者との連絡調整や対面での協議・

調整が含まれることから、感染拡大がこれらの調整業務に大きく影響を与えたことを示唆している。

「平均在院期間の変化」については、「変わらない」病院が全体で5割を超えており、病院の種類別において大きな差異は認められなかったものの、精神病床数の多い病院において「長くなった」とする割合が若干ながら増える傾向が認められた。このことから、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が、長期入院者の退院調整をより困難にしたことが推測される。

第 3 部

**本調査の結果を踏まえた退院後生活
環境相談員及び退院支援委員会等の
あり方に関する提言**

1. 提言

本事業では、医療保護入院者の退院促進措置のあり方について、量的調査の結果等から、作業部会・検討会での協議を行った。これらを踏まえて退院後生活環境相談員及び退院支援委員会等のあり方に関して以下のとおり提言する。

1) 退院後生活環境相談員について

(1) 退院後生活環境相談員として有すべき資格

退院後生活環境相談員の職種別選任の現状から、退院後生活環境相談員として有すべき資格は、「原則として精神保健福祉士」として、精神保健福祉士のみで充当することが難しい場合は、看護師等の他職種を選任することができる旨の規定に変更すべきである。

なお、その際には「3年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者」について、当該研修が数年間開催されていない状況に鑑みて、当該規定の削除についても検討する必要がある。

(2) 退院後生活環境相談員1人につき担当する医療保護入院者数

退院後生活環境相談員1人につき担当する医療保護入院者数については、当該相談員が所属する病院および担当する病棟の有する医療機能によって、大きなばらつきがみられる実態がある一方で、「30人以下」である病院は8割を超えていた。

これらのことから、配置の目安は、退院後生活環境相談員1人につき、「平均して30人以下」の医療保護入院者を担当することとして、担当数の上限を「概ね50人」とすることが妥当であると考えられる。

また、病院の管理者は、退院後生活環境相談員1人あたりの業務負担が過重とならないよう、対象となる職種の業務状況を勘案して選任することを明示する必要がある。

(3) 退院後生活環境相談員の業務

「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(障害保健福祉部長通知)において規定されている退院後生活環境相談員の業務内容については、概ね遂行できているが、地域援助事業者の紹介をはじめ、連携等の業務において課題があることが分かった。

当該通知においては、「医療保護入院者及びその家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努めること」とされている。

退院後生活環境相談員の業務内容を見直すにあたっては、「退院後生活環境相談員は、入院後早期に医療保護入院者の退院後の生活環境に関してアセスメントを行い、必要と判断した場合において、医療保護入院者及びその家族等への説明と同意を前提として、地域援助事業者を紹介しなければならない」とすることが必要である。

また、実際の退院後生活環境相談員において、医療保護入院者の早期退院に必要と感じ

ている取り組みとして、家族への適切な支援を挙げる者も多いことから、退院後生活環境相談員の業務内容に「家族への適切な支援」を規定する必要がある。

（４）研修の機会の保証

退院後生活環境相談員に課せられた業務を理解し、一定の質が担保された退院支援を行うためには、定期的に研修を受講し、知識の習得ならびに研鑽を行う必要がある。そのためには、国または都道府県において標準化された内容の研修を開催し、一定期間ごとの受講を義務づけることが望ましい。

２）地域援助事業者による相談援助について

上記の障害保健福祉部長通知において「地域援助事業者は、医療保護入院者が障害福祉サービスや介護サービスを退院後円滑に利用できるよう、当該地域援助事業者の行う特定相談支援事業等の事業やこれらの事業の利用に向けた相談援助を行うこと」とされている。

しかしながら、地域援助事業者が行う相談援助に関しては、精神保健福祉法や関連通知において規定されていること自体の周知が進んでいないこと、地域によっては相談支援専門員等の人員配置状況に照らして、当該業務を積極的に行える環境にないこと等の課題も明らかになっている。また、退院後生活環境相談員からは入院中の医療保護入院者等に対する行政担当者の積極的な関与を求める声も多い。

これらのことから、地域援助事業者による相談援助については、障害者総合支援法に基づく市町村地域生活支援事業に位置づけることを検討するとともに、地域援助事業者には障害者相談支援事業を実施する市町村も含めること等により、退院支援委員会への出席や医療機関との連携を実施しやすい環境を整備することを検討するべきである。

３）医療保護入院者退院支援委員会について

（１）退院支援委員会の対象

現行の退院促進措置が長期入院者に対しては必ずしも有効に機能していない現状に鑑みて、退院支援委員会における審議対象について、改正法施行以前から入院している医療保護入院者および在院期間が１年以上の医療保護入院者も必須とすることが必要である。

（２）退院支援委員会の開催時期および審議内容

本調査結果からは、退院支援委員会の形骸化を指摘する意見が多く寄せられた。特に、退院支援委員会での審議の対象が推定入院期間を経過する者であることで、当該対象者にとってはその時点での入院の延長を確認するための場になりがちであること、退院支援委員会とは別に、一部重複する機能を持つケア会議等を開催している医療機関も多い。

また、現在開催されている「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」においては、医療保護入院の入院期間について「ある期間ごとに医療保護入

院の要件を満たすか否かの確認を義務付ける」ことが検討されている。

これらのことから、退院支援委員会の開催時期は、推定入院期間の経過によらず、一定期間ごとの定期として、審議内容に多職種・関係機関の職員による「医療保護入院の要件を満たすか否かの確認」を加えることが適当である。

4) さらなる退院促進に向けて取り組む必要がある措置について

(1) 退院促進措置の対象拡大

長期在院者も含めた精神病床のすべての入院患者の円滑な退院を促進していくために、現行の退院促進措置の対象を任意入院者等に拡大することを法律上規定する必要がある。

(2) 診療報酬上の評価

上記の退院促進措置の対象者の拡大や、地域援助事業者等との更なる連携を実現しつつ、支援の質を担保していく観点からは、専門職の活用が重要となる。必要な人員等が確保できるよう、診療報酬における適切な評価を含めた検討を行う必要がある。

また、診療報酬上の精神療養病棟入院料の算定要件や施設基準に退院支援相談員の配置や退院支援委員会の開催が規定されているところ、精神保健福祉法上の退院後生活環境相談員の配置数や退院支援委員会の開催時期との整合が図られていないことから、精神保健福祉法の見直しに合わせて診療報酬上の規定の見直しが図られるよう検討する必要がある。

(3) 患者本人に対する意思表示支援

患者本人が不在のまま、本人の退院や退院後の生活について決められることが起こらないために、患者本人が退院支援委員会に参加できるよう、退院後生活環境相談員は十分な説明を行い、開催時間・場所等に工夫を凝らすこと、及び本人が参加できない場合には、本人の意思表示を保証することが求められる。このため、新たに意思表示支援（代弁者、精神科アドボケイト等）の仕組みを制度化する必要がある。

(4) その他の退院促進措置

現行の退院促進措置の対象には認知症患者が含まれているところだが、必ずしも認知症の疾患特性や認知症患者を取り巻く環境の特徴を踏まえた退院促進措置となっていない現状から、別建ての退院促進措置を検討する必要がある。

また、今後入院患者のさらなる退院促進を図っていくためには、連携先となる地域援助事業者や市町村の担当専門職の増員、居住資源をはじめとする地域社会における各種社会資源の充実と相まって、全国のどこにおいても「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が実現される必要がある。

第 4 部

資料編

1. 調査A 調査票

退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の 開催等の実態に関する全国調査

調査A

Q0. 以下について、お答えください。

- ・医療機関名：()
- ・都道府県名：()
- ・回答者氏名：()
- ・回答者の主たる職種：()
- ・所属部署（役職）：()

I 医療機関の基本情報について（2021年6月30日時点）

Q1. 貴病院の種別※をお知らせください。（1つ選択）

- () 特定機能病院
- () 地域医療支援病院
- () 一般病院
- () 精神病床のみを有する病院

※病院の種別（定義）は次のとおりです。

- ・特定機能病院：高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院（厚生労働大臣が個別に承認）
- ・地域医療支援病院：紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するもの（都道府県知事が個別に承認）
- ・一般病院：上記以外の医療機関で、精神病床以外の病床を有する医療機関
- ・精神病床のみを有する病院：すべての病床が精神病床である医療機関

Q2. 貴病院の稼働中の全病床数と精神病床数をお知らせください。（許可病床数ではなく実際に稼働している病床数）

- ①全病床数 () 床
- ②うち精神病床数 () 床

※全病床数は、精神病床以外の病床がある場合はすべての病床数をご記入ください。精神病床のみの場合は、①と②の数値が同じになります。

Q3. 貴病院の精神病床の入院料等の届出状況をお知らせください。（病棟数と病床数をそれぞれ数値で回答）

入院料等	病棟数	病床数
①精神科救急入院料		床
②精神科救急・合併症入院料		床
③精神科急性期治療病棟入院料		床

④精神療養病棟入院料		床
⑤認知症治療病棟入院料		床
⑥特殊疾患病棟入院料		床
⑦児童・思春期精神科入院医療管理料		床
⑧医療観察法入院対象者入院医学管理料		床
⑨地域移行機能強化病棟入院料		床
⑩10対1入院基本料		床
⑪13対1入院基本料		床
⑫15対1入院基本料		床
⑬18対1入院基本料		床
⑭20対1入院基本料		床
⑮特別入院基本料		床
⑯特定機能病院入院基本料(7対1)		床
⑰特定機能病院入院基本料(10対1)		床
⑱特定機能病院入院基本料(13対1)		床
⑲特定機能病院入院基本料(15対1)		床

Q4. 貴病院の精神病床における2021年6月1か月間の1日平均在院患者数をお知らせください。

() 人

Q5. 貴病院の精神病床に従事する(または関わる)職員の配置状況(常勤換算)をお知らせください。(人数を数値で回答)

(例) 常勤の就業時間が週40時間で週24時間勤務の場合→ $24 \div 40 = 0.6$ 人

常勤の理学療法士2名が精神病床にそれぞれ週8時間関わる場合→ $8 \times 2 \div 40 = 0.4$ 人

職 種	常勤換算人数
①精神保健指定医	人
②指定医ではない精神科医	人
③看護師・准看護師	人
④保健師	人
⑤薬剤師(病院のすべての薬剤師)	人
⑥作業療法士	人
⑦理学療法士	人
⑧精神保健福祉士	人
⑨公認心理師(臨床心理技術者含む)	人
⑩社会福祉士	人

貴病院では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、2019年度と2020年度との比較において入退院者数等の変化についてお聞きします。

Q6-1. 入院患者数について（1つ選択）

- 増えた
- 変わらない
- 減った

Q6-2. 退院者数について（1つ選択）

- 増えた
- 変わらない
- 減った

Q6-3. 退院調整について（1つ選択）

- 進めにくくなった
- 変わらない
- 進めやすくなった

Q6-4. 平均在院期間について（1つ選択）

- 長くなった
- 変わらない
- 短くなった

Q6-5. その他、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、2019年度と2020年度との比較について変化があれば、お知らせください。（具体的にご記入ください）

II 医療保護入院者の退院促進措置について

※「退院促進措置」は、退院支援担当者の選任、地域援助事業者等との連携、医療保護入院者退院支援委員会の開催等を指します。

※AQ7とAQ8は、2021年6月30日時点における状況をご記入ください。

Q7. 医療保護入院者数について（人数を数値で回答）

医療保護入院者数（ ）人

Q8. 退院後生活環境相談員の職種別選任状況について（人数を数値で回答）

職 種	人数
1 精神保健福祉士	人
2 保健師	人
3 看護師	人
4 准看護師	人
5 作業療法士	人
6 社会福祉士	人
7 3年以上の実務経験かつ研修修了者	人

AQ9. 貴病院における退院後生活環境相談員の選任方法について最も多いものをお知らせください。一つ選んでください。（1つ選択）

- 病棟担当の精神保健福祉士等を選任している
 退院後生活環境相談員になれる職員を順番に割り当てている
 その他（具体的に↓）

Q10. 2021年6月1か月間に貴病院で開催した医療保護入院者退院支援委員会についてお知らせください。（数値記入）

- 1 開催回数 （ ） 回
 2 一回あたりの平均所要時間 （ ） 分
 3 1のうち在院期間が1年以上の医療保護入院者を対象とした委員会の開催回数 （ ） 回

※在院期間が1年以上の医療保護入院者とは、貴病院に医療保護入院の形態で継続して1年以上入院している者を指します。

Q11. 医療保護入院者退院支援委員会の開催日程の調整方法等についてお知らせください。（複数選択可）

- 対象となる医療保護入院者ごとに個別に調整している
 病棟ごとに一度に集中して開催するため、その月の開催日を設定している
 主治医（担当医）ごとに開催日を決めて開催している
 その他（自由記述↓）

Q12. 2019年6月1か月間の精神病床への入院患者についてお知らせください。（人数を数値で回答）

※本設問は、令和2年度精神保健福祉資料（630調査）の医療保護入院の1年間転帰に係る調査項目と同様としています。630調査の回答担当者にご確認のうえ提出データを転記してください。

①新規入院者数		人
②医療保護入院者数		人
③医療保護入院者の入院診療計画書に記載された推定入院期間		
・ 1か月未満		人
・ 1か月以上2か月未満		人
・ 2か月以上3か月未満		人
・ 3か月以上9か月未満		人
・ 9か月以上12か月未満		人
・ 12カ月以上		人
④医療保護入院者の実際の入院期間（入院形態変更して入院継続の場合は、実際の退院までの期間）		
・ 1か月未満		人
・ 1か月以上2か月未満		人
・ 2か月以上3か月未満		人
・ 3か月以上9か月未満		人
・ 9か月以上12か月未満		人
・ 入院継続（2020年6月30日現在）		人
⑤2020年6月までの1年間の対象患者に係る医療保護入院者退院支援委員会について		
・ 医療保護退院支援委員会の開催回数（対象実患者数）		回 対象実患者数（ 人）
・ 患者本人が参加した回数（対象実患者数）		回 対象実患者数（ 人）
・ 患者の家族が参加した回数（対象実患者数）		回 対象実患者数（ 人）
・ 地域援助事業者が参加した回数（対象実患者数）		回 対象実患者数（ 人）

※以下の設問には回答者のお考えをご回答ください。

Q13. 退院後生活環境相談員の担当数として適切と考える人数をお知らせください。

医療保護入院者（ ）人に対して1人

その理由をご記入ください

※退院後生活環境相談員の配置は医療保護入院者おおむね50人以下に対して1人が目安とされています。

Q14. 貴病院において医療保護入院者の退院促進措置を実施したことによる変化として、もっとも当てはまるものを選んでください。(それぞれ1つずつ選択)

	大いに当てはまる	どちらかという当てはまる	どちらかという当てはまらない	全く当てはまらない
1 新規入院患者のうちで入院期間が1年を超える者の割合が減った	1	2	3	4
2 推定入院期間を意識した退院支援を行えるようになった	1	2	3	4
3 地域援助事業者等の地域の支援機関との連携がスムーズになった	1	2	3	4
4 多職種が協働して支援に取り組む機会が増えた	1	2	3	4
5 上記以外の変化等があれば具体的にご記入ください				

Q15. 医療保護入院者の退院促進措置が法律に規定されたことによる貴病院における長期入院者の退院促進等の変化についてお伺いします。以下のそれぞれについてお知らせください。(それぞれ1つずつ選択)

	大いに当てはまる	どちらかという当てはまる	どちらかという当てはまらない	全く当てはまらない
1 長期入院者の退院者数が増えた				
2 地域援助事業者と一緒に退院に向けた取り組みができるようになった				
3 地域移行支援の利用が増えた				
4 病院全体で退院支援に取り組めるようになった				
5 上記以外の効果等があれば具体的にご記入ください				

Q16-1. 貴病院では任意入院者等の医療保護入院以外の入院形態による入院者にも、同様の退院促進措置を実施しているかお知らせください。(1つ選択)

- 実施している
- 実施していない

Q16-2. 「実施していない」場合は、今後の実施予定をお知らせください。(1つ選択)

- 今後は実施する予定である
- 特に実施する予定はない

Q17. 医療保護入院者等の早期の地域生活への移行等を実現する方策として、現行の退院促進措置において改善すべき点や、追加して取り組む必要があると思われる措置がありましたら自由にお書きください。

<調査 A は以上です>

2. 調査B 調査票

退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の 開催等の実態に関する全国調査

調査B

I ご回答者の基本情報について

Q1-1. 年代（1つ選択）

- 20代 30代 40代 50代 60代以上

Q1-2. 職種（1つ選択）

- 精神保健福祉士 保健師 看護師 准看護師
 作業療法士 社会福祉士
 その他（ ）

Q1-3. 貴病院での経験年数（1つ選択）

- 3年未満
 3年以上～5年未満
 5年以上～10年未満
 10年以上～15年未満
 15年以上～20年未満
 20年以上

Q1-4. 専門職としての通算経験年数（1つ選択）

- 3年未満
 3年以上～5年未満
 5年以上～10年未満
 10年以上～15年未満
 15年以上～20年未満
 20年以上

Q1-5. 退院後生活環境相談員としての経験年数（1つ選択）

- 1年未満
 1年以上～3年未満
 3年以上～5年未満
 5年以上

Q1-6. 専従または主に担当している病棟（1つ選択）

- 精神科救急入院料
- 精神科救急・合併症入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神療養病棟入院料
- 認知症治療病棟入院料
- 特殊疾患病棟入院料
- 児童・思春期精神科入院医療管理料
- 地域移行機能強化病棟入院料
- 精神病棟 10 対 1 入院基本料
- 13 対 1 入院基本料
- 15 対 1 入院基本料
- 18 対 1 入院基本料
- 20 対 1 入院基本料
- 特別入院基本料
- 特定機能病院入院基本料(7 対 1)
- 特定機能病院入院基本料(10 対 1)
- 特定機能病院入院基本料(13 対 1)
- 特定機能病院入院基本料(15 対 1)

II 退院後生活環境相談員の業務について

あなたの退院後生活環境相談員としての業務について伺います。以下のそれぞれについてお知らせください。

Q2-1. 退院後生活環境相談員としての現在の担当数

() 人

Q2-2. 退院後生活環境相談員の業務を適切に行うには、何人くらいの担当が適当だと思いますか。

() 人

理由

Q2-3. 退院後生活環境相談員とそれ以外の業務のおよその割合を教えてください。

退院後生活環境相談員：その他の業務＝ () : ()

(例) 1 週間の業務から 6 : 4 などと記入してください (合計が 10 になるようにしてください)

Q2-4. 2021年6月の1か月間に開催した担当患者の医療保護入院者退院支援委員会について（それぞれ人数または回数を数値で回答）

① 医療保護入院者退院支援委員会の開催回数（対象実患者数）	対象実患者数（人）	回
①-① 患者本人が参加した回数		回
①-② 患者の家族が参加した回数		回
①-③ 地域援助事業者※が参加した回数		回
①-④ 地域援助事業者以外の関係者が参加した回数		回
①-④の内訳	1-5-① 基幹相談支援センター	回
	1-5-② 障害福祉サービス事業者	回
	1-5-③ 介護関係者（高齢者施設管理者、ホームヘルパー、デイサービス等事業所のスタッフなど）	回
	1-5-④ 医療関係者（かかりつけ医、かかりつけ医療機関看護師、訪問看護師、作業療法士、薬剤師など）	回
	1-5-⑤ 行政関係者（精神保健相談員、生活保護ケースワーカー、地域福祉課職員など）	回
	1-5-⑥ その他（社協、民生委員、家主、友人など）	回

※地域援助事業者とは次の事業者等を指します。

- ・ 一般相談支援事業者・特定相談支援事業者
- ・ 有料老人ホーム等の特定施設において特定施設入居者生活介護を行う事業者
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業者の介護支援専門員
- ・ 認知症グループホーム事業者の介護支援専門員
- ・ 利用定員29名以下の有料老人ホーム等の地域密着型特定施設において地域密着型特定施設入居者生活介護を行う事業者
- ・ 地域密着型介護老人福祉施設事業者
- ・ 複合型サービス事業者
- ・ 居宅介護支援事業者
- ・ 介護老人福祉施設事業者
- ・ 介護老人保健施設事業者
- ・ 介護医療院事業者
- ・ 有料老人ホーム等の特定施設において介護予防特定施設入居者生活介護を行う事業者
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業者
- ・ 介護予防認知症グループホーム事業者の介護支援専門員
- ・ 介護予防支援事業者の介護支援専門員
- ・ 介護療養施設サービス事業者

Q3. 厚生労働省の通知文書「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」に規定された退院後生活環境相談員の業務等についてお伺いします。以下のそれぞれについて、あなたの業務状況にもっとも当てはまるものをお知らせください。（それぞれ1つずつ選択）

※各業務において対象とならない（実施が不要な）担当医療保護入院者は、除外してお答えください。

※選択肢は、以下を目安として、最も近いものをお答えください。

- ①対象となるすべての人に行っている＝実施 100%
- ②対象となる大半の人に行っている＝実施 80%以上
- ③対象となる半数以上の人に行っている＝実施 50%以上
- ④対象となる人にほぼ行っていない＝実施 50%未満

項目番号	退院後生活環境相談員の業務	① 人対 象に 行と つな げる すべ ての	② 以に 上） 対行 象と つと なる てな る大 体 （8 の割 人	③ の対 象に と行 なる て半 い数 る以 上	④ 行対 え象 てと いな る人 にほ ぼ
1. 入院時の業務（当該医療保護入院者及びその家族等への説明）					
①	患者・家族等へ退院後生活環境相談員として選任されたことを伝えるために、入院後7日以内に会いに行っている	1	2	3	4
②	患者・家族等へ退院後生活環境相談員として選任されたことを書面で説明している	1	2	3	4
③	本人及び家族等に地域援助事業者の紹介を受けることができることを伝えている	1	2	3	4
④	患者本人に医療保護入院者退院支援委員会への出席ができることを伝えている	1	2	3	4
⑤	患者本人に退院後の生活環境に関わる者に医療保護入院者退院支援委員会への出席の要請を行うことができることを伝えている	1	2	3	4
2. 退院に向けた相談支援業務					
①	医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じること	1	2	3	4
②	退院に向けた意欲の喚起	1	2	3	4
③	退院に向けた具体的な取組の工程の相談等	1	2	3	4
④	相談内容について相談記録又は看護記録等への記録	1	2	3	4
⑤	退院に向けた相談支援を行うに当たっての主治医の指導を受けること	1	2	3	4
⑥	その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること	1	2	3	4
3. 地域援助事業者等の紹介に関する業務					
①	必要に応じた地域援助事業者の紹介	1	2	3	4

項目番号	退院後生活環境相談員の業務	① 人対 象に 行っ た者 となる すべて の	② 以 上 対 象 と な る 大 体 （ 8 割 人	③ の 対 象 に な る 半 数 以 上	④ 行 対 象 と な ら ない 人 に ほ ぼ
②	地域援助事業者等の地域資源の情報把握と収集した情報の整理	1	2	3	4
③	地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介	1	2	3	4
④	地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること	1	2	3	4
4. 医療保護入院者退院支援委員会に関する業務					
①	委員会の開催に向けた調整	1	2	3	4
②	運営の中心的役割を果たすこと	1	2	3	4
③	医療保護入院者退院支援委員会の審議録の作成	1	2	3	4
④	本人が参加しやすい工夫	1	2	3	4
⑤	家族や支援者への参加依頼	1	2	3	4
⑥	地域援助事業者への参加依頼	1	2	3	4
⑦	本人を交えて退院に向けた支援計画の立案	1	2	3	4
⑧	「結果のお知らせ」を地域援助事業者に渡すこと	1	2	3	4
⑨	「結果のお知らせ」を本人・家族に渡すこと	1	2	3	4
5. 退院調整に関する業務					
①	居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整 (必要な方のみ)	1	2	3	4
②	適宜地域援助事業者等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること (必要な方のみ)	1	2	3	4
6. その他の業務					
①	定期病状報告に退院に向けた取組を記載 ※まだ対応したことがない場合は空欄としてください。	1	2	3	4
7. 権利擁護に関する業務					
①	退院請求および処遇改善請求の支援	1	2	3	4
②	本人の意思を尊重した支援をしている	1	2	3	4
③	行動制限最小化の取り組み	1	2	3	4

Q4. Q3に掲げた業務のほか、退院後生活環境相談員として実際に取り組んでいる業務や、今後取り組む必要があるとお考えの業務があれば具体的にご記入ください。

(取り組んでいる業務)

(取り組む必要のある業務)

地域援助事業者との連携について取り組んでいることや課題についてお伺いします。Q5-1「取り組んでいること」、Q5-2「課題」のそれぞれについてお知らせください。

Q5-1. 取り組んでいること（複数選択可）

- 地域援助事業者が参加する病棟茶話会などの場を設けている
- 院内の研修やプログラムに地域援助事業者を講師として招いている
- 地域援助事業者のことを入院患者等に知ってもらう工夫（パンフレットの作成やポスターの掲示）をしている
- 地域援助事業者と勉強会（事例検討会等）を行っている
- 自立支援協議会や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における協議の場に参加している
- 連携を目的とした都道府県独自の事業を活用している
- 入院初期の段階から地域援助事業者と連絡を取り、退院支援への協力を依頼している
- 院内に専門の委員会やプロジェクト等がある（地域移行プロジェクト等）
- その他 自由記述：()
- 特にない（特に取り組んでいない）

Q5-2. 課題（複数選択可）

- 地域援助事業者には報酬が発生しないため依頼しにくい
- 退院の方向性が決まっていない場合、介入を依頼しても断られる
- 地域援助事業者への介入依頼のタイミングが遅くなりがちで、退院支援に支障が出る
- 医療保護入院者退院支援委員会に参加依頼をするが、地域援助事業所の都合と合わず参加してもらえないことが多い
- 連携できる事業所が地域に少ない
- 事業所によっては精神分野を拒否される
- 業務が多忙で取り組めていない
- どこに依頼してよいかわからない（地域の社会資源等の情報（事業所等）を知らない）

- 自立支援協議会の中に医療機関が参加できる部会等がない
- 本人が地域援助事業者を利用したいと思えるような説明ができない
- その他 自由記述：()
- 特にない

Q6-1. 医療保護入院者退院支援委員会における審議内容として、①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間、③②の推定される入院期間における退院に向けた取り組みがありますが、これ以外にも審議すべき事項や検討すべき事項があればお知らせください。(複数選択可)

- 「本人の希望」を確認することを必須とする
- 地域援助事業者の紹介の必要性
- 本人が退院後に暮らす地域の実情（社会資源・地域援助事業者）の確認
- 特にない
- その他 自由記述：()

Q6-2. 医療保護入院者退院支援委員会の適切な開催時期についてお知らせください。(複数選択可)

- 推定入院期間の前後2週間に開催する（現行どおり）
- 推定入院期間の前後4週間に開催する
- 推定入院期間にかかわらず、初回は入院から3か月以内に開催し、以降推定入院期間の前後2～4週間に開催する
- 推定入院期間にかかわらず、入院から3か月毎に開催する
- その他 自由記述：()

Q6-3. 医療保護入院者退院支援委員会の課題をお知らせください。(複数選択可)

- 予算措置が講じられていない（地域援助事業者が参加しにくい）
- 主治医が非指定医の場合、指定医の確保が難しい
- 開催が優先され、中身が伴わない（形骸化している）
- 本人参加が義務になっていない
- 課題は特にない
- その他 自由記述：()

Q6-4. 医療保護入院者退院支援委員会以外に、ケースカンファレンス・ケア会議等、退院に向けた協議をしていますか。(1つ選択)

- 退院時にしている
- 必要なときにしている
- そのような協議はあまりしていない
- その他

Q7. 2014年の改正精神保健福祉法の施行前から勤務されている方にお聞きします。退院後生活環境相談員の選任が制度化されたことにより、どのような変化があったかお知らせください。(それぞれ1つずつ選択)

	大いに当てはまる	はまる	どちらかという当て	はまらない	どちらかという当て	全く当てはまらない
1 書面を渡すことで、本人・家族と退院までの目標の共有ができた	1	2	3	4		
2 多職種チームでの目標が共有できた(意見が出しやすくなった)	1	2	3	4		
3 地域援助事業者とのつながりができた	1	2	3	4		
4 本人や家族の意向が治療に反映されるようになった	1	2	3	4		
5 早期に退院支援に取り組めるようになった	1	2	3	4		
6 他職種との連携が促進された	1	2	3	4		
7 行政との連携が促進された	1	2	3	4		
8 地域の社会資源が増えた	1	2	3	4		
10 その他(具体的に↓)						

Q8. 医療保護入院者の早期の退院をより促進していくために、必要と感じている取り組みがあればお知らせください。(複数選択可)

- () 基幹相談や委託相談等が継続的に関わることのできる仕組みを作る
- () ピアサポーターが関わることのできる仕組みを作る
- () 地域の支援者等が病院に入れる仕組み(カンファレンス、プログラムの参加等)を作る
- () 家族への適切な支援
- () 行政の関わりを強化する
- () 診療報酬の見直し
- () 弁護士等司法関係者が関与する仕組みを作る
- () その他 自由記述:()
- () 特にない

Q9. 医療保護入院者退院支援委員会や退院後生活環境相談員の役割に関する院内外での研修についてお知らせください。(複数選択可)

- 院内独自の研修会に参加したことがある
- 行政機関や地域の自立支援協議会等主催の研修会に参加したことがある
- 精神保健福祉士協会が主催する研修会に参加したことがある
- 精神保健福祉士以外の職能団体が主催する研修会に参加したことがある
- 法改正当時は開催されていたが、最近では開催されていない
- これまで参加したことがない
- 参加したいがその機会がない
- 参加の必要性を感じない
- その他 自由記述：()

<調査Bは以上です>

厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業

退院後生活環境相談員の業務と退院支援委員会の
開催等の実態に関する全国調査 報告書

令和4（2022）年3月 発行

発行：公益社団法人日本精神保健福祉士協会
所在地：〒160-0015
東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 7F
TEL.03-5366-3152 FAX.03-5366-2993
E-Mail:office@jamhsw.or.jp URL:<https://www.jamhsw.or.jp/>

※本書を無断で複写・転載することを禁じます。

※視覚障害のある人のための営利を目的としない本書の録音図書・点字図書・拡大図書等の作成は自由です。