

令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業(27番事業)

精神科病院における入退院支援等の
実態把握及び課題についての研究

報告書

令和8年3月

公益社団法人 日本精神科病院協会

序 文

近年、「地域生活中心」の理念のもと、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が国の重要施策として推進されています。精神科医療においては、長期入院の是正や地域移行の促進が政策課題とされ、精神科病院には、入院医療の提供にとどまらず、入院時から退院後までを見据えた切れ目のない入退院支援の実施が強く求められています。とりわけ、令和4年改正精神保健及び精神障害者福祉に関する法律においては、退院促進措置の充実や地域援助事業者の紹介義務化等が盛り込まれ、精神科病院の果たすべき役割は一層拡大しています。

しかしながら、精神科病院における入退院支援の具体的内容や院内の支援体制、多職種の役割分担、さらには行政機関、相談支援事業所、訪問看護、地域援助事業者等との連携の実態については、全国的に体系的な把握が十分になされているとは言えません。制度の整備が進む一方で、現場がどのような体制のもとで支援を実施し、どのような課題を抱えているのかについての客観的基礎資料は必ずしも十分ではなく、今後の政策立案や診療報酬制度の検討に資する実証的データの蓄積が求められていました。

本事業は、こうした問題意識のもと、精神科病院における入退院支援を「入院時」「退院時」「退院後」の各段階に区分し、その実態を多角的に把握することを目的として実施したものです。患者・家族への説明や意思決定支援、入院中の治療・生活支援、退院準備、退院後の見守りや再入院予防、就労・住まい・福祉サービスの調整等に関する実践状況を整理するとともに、院内支援体制および院外多機関との連携状況についても調査・分析を行いました。

その結果、入退院支援が精神保健福祉士を中核として多岐にわたる業務のもとに展開されている実態が明らかとなりました。一方で、支援の多くが医療機関や職員個々の努力に依拠していること、身寄りのない患者や高齢長期入院患者への対応、退院先確保や関係機関との調整において現場負担が集中していること、さらに法改正に伴う事務的業務の増加により支援時間の確保が難しくなっていることなど、構造的課題も浮き彫りとなりました。

本報告書は、これらの調査結果および分析を取りまとめ、精神科病院における入退院支援の現状と課題を明らかにするとともに、今後の精神保健医療福祉施策および診療報酬制度の検討に資する基礎資料として提示するものです。本研究の成果が、実効性のある制度設計と持続可能な支援体制の構築につながり、精神障害のある方々が地域で安心して生活できる社会の実現に寄与することを心より願っております。

最後に、本調査にご協力いただきました病院関係者の皆様、管理者ならびにインタビューにご対応いただいたスタッフの皆様に対し、研究代表者として深甚なる謝意を表します。

令和8年3月吉日
公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事 中島公博

令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」

目次

1. 事業概要	1
2. 事業目的	1
3. 一次調査の概要	1
4. 二次調査	2
1) 研究対象	
2) 研究方法	
3) 倫理的配慮	
5. 調査結果	4
1) 調査対象病院の概要	
2) 項目別の集計結果	
I. 病床・職員・入退院支援部門の状況（令和7年6月30日現在）	
II. 入院・退院の状況について（精神病床）	
III. 精神保健福祉士の配置が必要な診療報酬の届出状況	
IV. 入退院支援に係る診療報酬の算定状況	
V. 入院調整と入院早期のアセスメント（精神病床）	
VI. 退院支援・退院調整（精神病床）	
VII. 令和6年4月施行の改正精神保健福祉法による業務量変化	
VIII. 精神保健福祉士の業務に関して	
附. 高齢者の長期入院患者の状況について	
6. 入院・退院支援の問題点・工夫点（自由記述）	29
7. 個別病院へのインタビュー調査	54
1) 目的と対象病院	
2) インタビュー調査結果	
8. 考察	63
1) 調査結果全体を通じて	
2) 精神保健福祉士の立場から	
3) 医療経済の立場から	
9. 成果物公表計画	68
10. おわりに	68
11. 参考文献	68
12. 有識者会議、ワーキンググループ（WG）	70
13. 事業の委員等名簿	71

要旨

1. 研究の背景と目的

近年、精神障害者の地域移行を推進する観点から、「地域生活中心」の理念に基づく精神保健医療福祉施策が展開されている。令和4年改正精神保健福祉法および令和6年施行の関連制度改正により、精神科病院には、入院医療の提供に加え、入院時から退院後 までを見据えた切れ目のない入退院支援の実施が求められている。

一方で、精神科病院における入退院支援の具体的内容、院内体制、多職種・多機関との連携状況ならびに精神保健福祉士（PSW）の業務実態については、全国的に整理・可視化された基礎資料が不足していた。

本研究は、精神科病院における入退院支援の実態を把握し、課題を明らかにするとともに、今後の精神保健医療福祉施策および診療報酬制度の検討に資する基礎資料を提示することを目的として実施した。

2. 研究方法

日精協会員病院および自治体・国立病院を対象に、アンケート調査（一次調査・二次調査）を実施し、入院時・退院時・退院後の支援内容、院内体制、地域援助事業者等との連携状況、精神保健福祉士の配置・業務内容等について集計・分析を行った。あわせて、個別病院へのインタビュー調査を実施し、現場における実践と工夫を整理した。

3. 主な調査結果（本研究で明らかになったこと）

第一に、精神科病院における入退院支援は、精神保健福祉士を中核として成り立っており、入院調整、早期アセスメント、退院支援計画の作成、地域援助事業者との連絡調整、退院後支援の引き継ぎ等、多岐にわたる業務を担っている実態が明らかとなった。

第二に、入退院支援および地域移行は、医療機関および精神保健福祉士の個々の努力に大きく依存しており、身寄りのない患者や高齢長期入院患者への対応、退院先確保、行政・福祉機関との調整等において、現場負担が集中する脆弱な構造が確認された。

第三に、法改正に伴う退院支援委員会の開催や医療保護入院期間更新手続き等の制度化により、書類作成や期限管理などの事務的業務が増大し、患者支援に充てる時間の確保が困難になっている状況が示された。

4. 提言および診療報酬改定に向けた論点

本研究結果を踏まえ、以下の点が重要な検討課題である。

第一に、精神科病院における入退院支援を、医療機関の努力に過度に依存しない制度として再構築し、身寄りのない患者や同意者不在事例への対応については、行政関与を前提とした標準的支援体制の構築が求められる。

第二に、精神保健福祉士の業務実態を踏まえ、精神科入退院支援加算等における専従要件を含む配置要件について柔軟な見直しを行い、限られた人員で持続可能な支援体制を構築する必要がある。

第三に、退院支援委員会や地域連携調整等に伴う事務的業務を含め、入退院支援全体を適切に評価する診療報酬体系への見直しを行い、地域移行および退院後支援の質向上につながる必要がある。

「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」

1. 事業概要

本事業は、精神科病院における入退院支援を「入院時」「退院時」「退院後」に区分し、患者・家族への説明や意思決定支援、入院中の治療・生活支援と退院準備、退院後の見守り、再入院予防、就労・住まい・福祉サービス調整等の具体的支援内容を把握することを目的とした。併せて、精神保健福祉士等を含む院内の支援体制（職種配置、役割分担、カンファレンス、記録・情報共有）や、院外の行政、相談支援、訪問看護、地域援助事業者等との連携状況を実態調査し、入退院支援に係る基礎資料を作成した。さらに、実践事例のヒアリングを行い事例集として整理し、把握された実態をもとに課題と解決策を検討した。診療報酬を検討するため有識者会議内にWGを設置した。WGには日精協医療経済委員等が参画した。令和8年度診療報酬改定に向け、状況把握を目的の一つとし、事業本体の二次調査に先立ち、一次調査として日精協会員病院を対象にアンケートを実施し、令和7年8月1日締切で回収した。一次調査結果を踏まえ提言を整理し、次に日精協会員病院に加えて自治体病院を対象に質問項目を加えて二次調査を実施した。成果は報告書として公表する。

事業実施計画書、事業の実施体制、所要額内訳書ならびに事業実施スケジュール表を別紙に掲載する。

2. 事業目的

近年の地域精神保健医療福祉施策では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者等の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者等が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進している。令和4年改正精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）では、地域援助事業者の紹介の義務化等、退院促進措置の充実が図られ、精神科病院における入院期間短縮とケースマネジメントの更なる促進が求められている。一方、精神科病院における入退院支援について、支援内容、院内の支援体制及び院外の地域援助事業者等との連携状況等の詳細は明らかではない。

以上のことから、入退院支援の実態を把握し、基礎資料を作成するとともに、課題及びその解決策の検討を行うことを目的とする。

3. 一次調査の概要

27番事業本体のアンケート調査（二次調査）に先立ち、日精協会員病院を対象とした一次調査を令和7年8月1日締切で実施した。

アンケートは施設票と退院患者票で構成され、入院から退院、外来支援までの「シームレスな支援体制」の実態把握を目的とした。施設票では、病床・職員配置、入退院支援部門の体制、精神保健福祉士配置を要件とする診療報酬の届出状況、入院後7日以内および30日以内の支援内容等を調査した。退院患者票では、令和7年6月中の退院患者のうち3分の1を抽出し、疾病分類、在院日数、入退院前後の生活状況、退院支援の内容、関係機関との連携状況等を把握した。

調査票は日精協会員病院1,175病院にメールにて配布され、290病院（回答率24.6%）から回答が得られた。

精神病床の平均は 247.1 床。届出入院料は「精神療養病棟入院料」71.4%、次いで「精神病棟入院基本料（15 対 1）」71.0%が多かった。

精神保健福祉士（以下、PSW）の配置は、常勤実人数の平均が 7.6 人、常勤換算人数の平均は 7.7 人であった。PSW を「18 人以上」配置する病院が 10.6%に達していた。急性期医療には迅速な退院調整が不可欠であり、多人数配置がその基盤となっている。PSW 1 人が担当している精神病床は「20~30 床以下」67 病院（25.7%）が最も多く、次いで「30~40 床以下」59 病院（22.6%）であった。この「PSW 1 人あたり病床数」が、支援の質と退院促進スピードを決定づける最重要指標と思われる。

精神科患者に係る入退院支援部門を設置している施設は 81.0%であった。当該部門において、PSW が入退院支援業務に常時従事している施設は 88.1%で、平均配置人数は 3.4 人（中央値 3 人）であった。看護師が常時従事している施設は 26.8%、その他職種が常時従事している施設は 12.3%であった。このことから、入退院支援部門は組織横断的チームというより、PSW を中心とした専門部署として機能しているケースが多いと考えられる。

専従の PSW を配置している割合は、認知症治療病棟入院料を算定している 62 の病院で 51 病院（82.3%）、精神科入退院支援加算を算定している 50 病院中 40 病院（80.0%）、精神科地域移行実施加算を算定している 50 病院では 48 病院（96.0%）であった。入退院支援関連の診療報酬は、支援実施率に比して算定率が低い。このことは、支援が行われていないのではなく、支援の実態が制度上の枠組みと適合していないという構造的問題を反映していると考えられる。

いずれにおいても、多くの病院で精神保健福祉士が専従配置されていた。また、入退院支援部門の設置や精神保健福祉士の配置数が多い病院ほど、平均在院日数が短い傾向が示された。

これらの結果から、精神科病院において精神保健福祉士が退院支援および地域移行の推進に重要な役割を果たしている一方、専従要件により柔軟な人員配置や働き方が制限されている可能性が示唆された。

なお、この一次調査の内容は、令和 7 年 12 月号の日精協誌特集「近年の法改正を経て拡大する精神保健福祉士の役割とその活躍」のなかで報告している（文献）

4. 二次調査

1) 研究対象

一次調査は日精協会員病院のみであったが、二次調査のアンケートは、日精協会員 1,175 病院に加えて自治体・国立病院 426 箇所の計 1,601 病院を対象とした。回答数は、日精協会員病院 455（回答率 38.7%）、自治体・国立病院 67（回答率 15.7%）の総計 522 の回答が得られ、全体の回答率は 32.6%であった。なお、回答数には一定の制約があるものの、本調査結果から対象施設の現状について一定の評価を行うことは可能であると考えられる。

2) 研究方法

対象施設にアンケート形式の調査票をメール、郵送等で送付し、記入後返送してもらい、回答結果の集計・分析を行う。およそ 6 割の施設からの回答を目標とした。

精神科病院では、入院から退院後まで切れ目のない支援を実施するため、入院時には入院前後の調整、早期アセスメントおよび多職種によるカンファレンスを行っている。

そして、退院時には、退院後生活環境相談員を中心に、退院支援委員会の開催、退院支援計画の作成、地域援助事業者の紹介、本人・家族との面会および退院後支援の調整を行い、必要に応じて退院前訪問や共同指導を実施している。さらに、退院後は、自院外来部門または他医療機関への情報提供および退院支援計画の引き継ぎを行い、継続的な共同指導や外来診療、障害福祉サービス等の利用支援を通じて、地域生活への円滑な移行と安定した療養継続を図っている。

そこで、調査内容は、入退院支援における多職種・多機関の支援状況を把握するため、事業の有識者会議において詳細を検討し、以下のようにした。内容は、一次調査の項目にあった以下の項目

- I. 病床・職員・入退院支援部門の状況
- II. 入院・退院の状況について
- III. 精神保健福祉士の配置が必要な診療報酬の届出状況
- IV. 入退院支援に係る診療報酬の算定状況

を踏襲し、入院退院支援の実態を把握するため、さらには法改正による業務の影響や精神科病院での精神保健福祉士の業務の実態を把握するために以下の内容を加えた。

- V. 入院調整と入院早期のアセスメント
- VI. 退院支援・退院調整
- VII. 令和6年4月施行の改正精神保健福祉法による業務の状況
- VIII. 精神保健福祉士の確保に関して

質問項目には、さらに、各病院における、

- 「入院・退院支援における問題点・工夫している点」

について回答をお願いした。

また、厚生労働省からの要望として、高齢者の長期入院患者の状況についての調査を行った。これは、令和7年6月30日現在、入院期間が1年以上の者のうち65歳以上を対象に、精神科病院が施設の役割まで担っているのではないかを明らかにするための質問である。

- 附：高齢者の長期入院患者の状況について

どのようなアンケート内容であったか、アンケート用紙を別紙に添付する。

アンケートは令和7年9月末に各病院に発送し、締切は令和7年10月31日とした。研究期間は、令和7年9月末から令和8年3月31日である。

3) 倫理的配慮

本研究は、研究倫理および関連法令・指針を遵守して実施した。本研究は人を対象とした介入や個人を特定可能な情報の取得を伴わないため、倫理審査委員会による審査の必要性はないと判断した。研究の実施にあたっては、研究対象や資料の取り扱いに十分配慮し、学術的妥当性および社会的責任を損なわないよう留意した。

5. 調査結果 n数は、設問ごとの回答状況や有効回答数の違いにより異なります。

1) 調査対象病院の概要

①病床数の分布

全 522 施設の病床規模は 100～199 床が 34.1%と最も多く、200～299 床（27.2%）を含めると中規模病院が全体の約 6 割を占めている。一方、500 床以上の大規模病院は 2.7%にとどまり、全体として中規模中心の構成である。日精協会員病院は 100～199 床および 200～299 床が多く、300 床以上の割合も一定程度存在することから、中規模からやや大規模寄りの構成となっている。これに対し自治体・国立病院では 100 床未満が 61.2%と過半数を占め、200 床以上は少数であり、病床規模が少ないのが中心である。

病床数	総計	100床未満	100～199床	200～299床	300～499床	500床以上
日精協	455	55	163	135	89	13
%	100.0%	12.1%	35.8%	29.7%	19.6%	2.9%
自治体	67	41	15	7	3	1
%	100.0%	61.2%	22.4%	10.4%	4.5%	1.5%
総計	522	96	178	142	92	14
%	100.0%	18.4%	34.1%	27.2%	17.6%	2.7%

②救急病棟・急性期病棟・地域包括ケア病棟の有無

救急・急性期・地域包括ケア病棟の有無は、全体では救急病棟を有する病院は 16.3%、急性期病棟は 28.7%、地域包括ケア病棟は 2.5%であった。日精協会員（455 施設）では急性期病棟ありが 30.1%と比較的高く、救急病棟は 15.8%、地域包括ケア病棟は 2.6%であった。一方、自治体病院（67 施設）では救急病棟および急性期病棟はいずれも 19.4%、地域包括ケア病棟は 1.5%であった。急性期病棟は一定の整備が認められる一方、救急および地域包括ケア病棟については、設置施設が限定的である。回答のなかで地域移行機能病棟を有する病院はなかった。

病棟の有無	総計	救急有無			急性期有無			地域包括ケア有無		
		有	無	有の%	有	無	有の%	有	無	有の%
日精協	455	72	383	15.8%	137	318	30.1%	12	443	2.6%
%	100.0%	15.8%	84.2%		30.1%	69.9%		2.6%	97.4%	
自治体	67	13	54	19.4%	13	54	19.4%	1	66	1.5%
%	100.0%	19.4%	80.6%		19.4%	80.6%		1.5%	98.5%	
総計	522	85	437	16.3%	150	372	28.7%	13	509	2.5%
%	100.0%	16.3%	83.7%		28.7%	71.3%		2.5%	97.5%	

③病床利用率

全体では 80%以上の施設が約半数を占めるが、85%以上の割合は限定的であり、利用率が 80%未満の区分にも一定数が分布している。日精協 455 病院では 85%以上が 55%を占め、90%以上の区分も一定の割合を占めるなど、高い利用率の区分に分布している。これに対し、自治体 67 病院では 50%未満および 50～70%未満が過半を占め、利用率の低い区分に多く分布している。設置主体ごとに病床利用率の分布傾向に違いがみられ、特に低利用率区分の構成比に差が認められる。

病床利用率	総計	50%未満	50～70%未満	70～80%未満	80～85%未満	85～90%未満	90～95%未満	95%以上	無効
日精協	455	27	51	63	62	86	78	88	
%	100.0%	5.9%	11.2%	13.8%	13.6%	18.9%	17.1%	19.3%	
自治体	67	20	18	8	9	6	2	2	2
%	100.0%	29.9%	26.9%	11.9%	13.4%	9.0%	3.0%	3.0%	
総計	522	47	69	71	71	92	80	90	2
%	100.0%	9.0%	13.2%	13.6%	13.6%	17.6%	15.3%	17.2%	
類計%		9.0%	22.2%	35.8%	49.4%	67.0%	82.4%	99.6%	

④精神保健福祉士常勤換算数

人員規模別にみると、1～4人が199件（約38%）、5～9人が189件（約36%）と、小規模体制が全体の約7割を占めており、PSW配置は比較的少人数で運用されている。一方で、PSWの配置が「無」と回答した事例が18件（約3%）存在しており、制度上重要な役割を担う職種であるにもかかわらず、未配置の病院が一定数認められた点は想定外である。日精協では5～9人規模が最も多く、次いで1～4人となり、比較的分散した構成を示していたのに対し、自治体では1～4人が過半数を占め、許可病床数が少ないためと考えられる。15人以上の体制はいずれも少数にとどまっている。

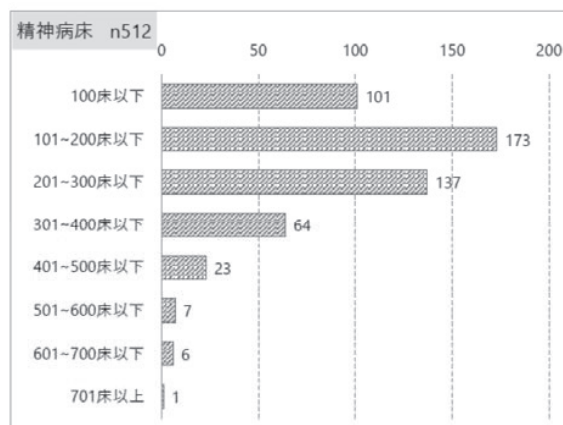
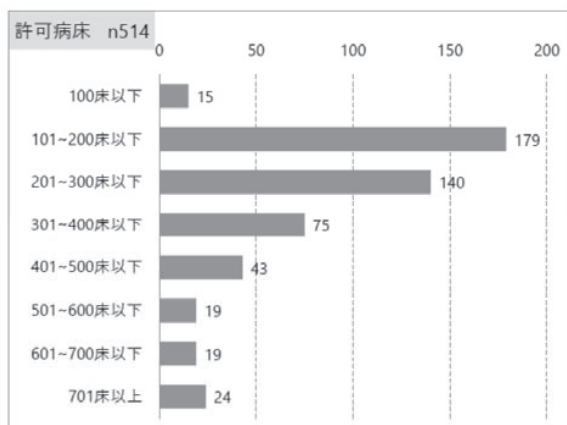
PSW 常勤換算	総計	無	1～4人	5～9人	10～14人	15～19人	20～29人	30人以上
日精協	455	15	163	176	62	25	12	2
%	100.0%	3.3%	35.8%	38.7%	13.6%	5.5%	2.6%	0.4%
自治体	67	3	36	13	11	3	1	0
%	100.0%	4.5%	53.7%	19.4%	16.4%	4.5%	1.5%	0.0%
総計	522	18	199	189	73	28	13	2
%	100.0%	3.4%	38.1%	36.2%	14.0%	5.4%	2.5%	0.4%

2) 項目別の集計結果

I. 病床・職員・入退院支援部門の状況（令和7年6月30日現在）

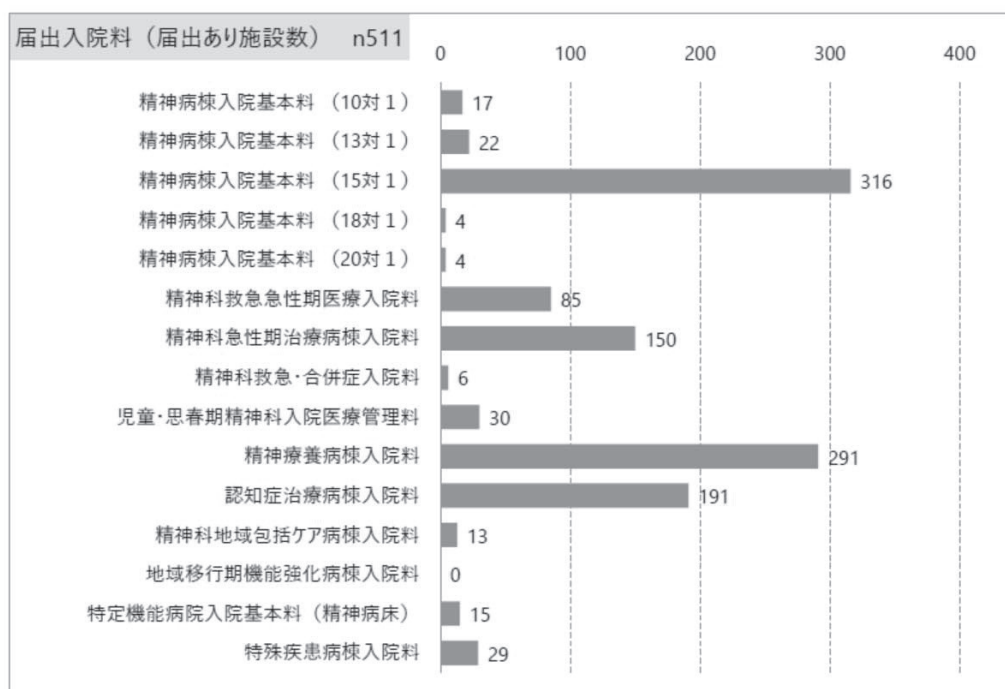
①病床数

許可病床（n=514）および精神病床（n=512）の病床規模別分布を示す。両者とも101～200床規模が最多で、201～300床がこれに続き、中規模病院が中心である。許可病床では301床以上の施設も一定数存在し、701床以上も24病院確認される。一方、精神病床は100床以下の割合が比較的高く、400床以上の大規模病院は37と極めて少ない。全体として、精神病床は小～中規模に集中し、許可病床は総合病院が含まれているためにより幅広い規模構成を有している。



②届出入院料

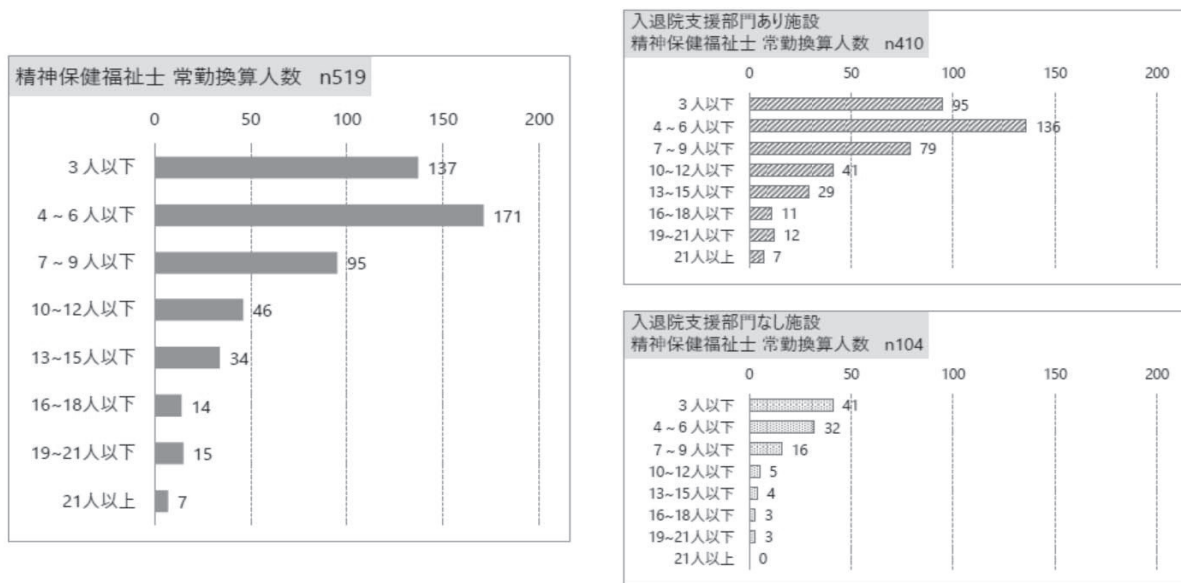
精神科関連入院料の届出状況を病院数（n=511）で示した。精神病棟入院基本料（15対1）が316病院と最も多く、精神療養病棟入院料（291病院）、認知症治療病棟入院料（191病院）が続いており、長期療養・慢性期を中心とした入院医療が主流である。精神科急性期治療病棟入院料や精神科救急急性期医療入院料も一定数みられる一方、精神科地域包括ケア病棟入院料や地域移行期機能強化病棟入院料は極めて少なく、地域移行や包括的ケア体制の整備が十分に進んでいない。



③精神保健福祉士の配置

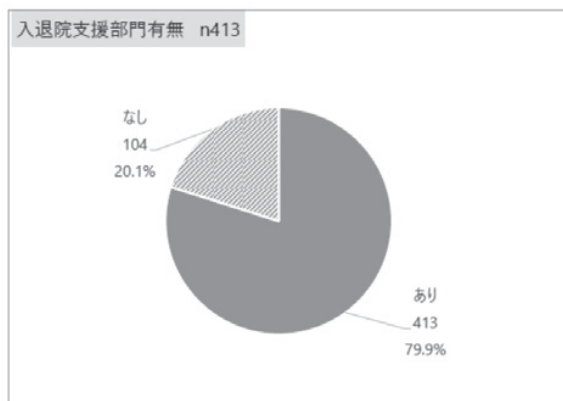
病院における精神保健福祉士の常勤換算人数について、入退院支援部門の有無別に分布を比較した。全体（n=519）では、「4～6人以下」が最も多く、次いで「3人以下」「7～9人以下」が続き、9人以下の配置が大半を占めていた。一方、入退院支援部門を有する病院（n=410）では、「4～6人以下」「3人以下」が多いものの、「10～12人以下」「13～15人以下」など比較的多人数配置の病院も一定数に認められた。これに対し、入退院支援部門を有しない病院（n=104）では、「3人以下」「4～6人以下」に集中しており、10人以上を配置する病院はほとんど見られなかった。これらから、入退院支援

部門の設置は精神保健福祉士の配置規模と関連しており、部門の有無が人員体制の充実に影響を与えていることがわかる。



④入退院支援部門の有無／配置職種

回答数 413 病院を対象として入退院支援部門の設置状況および配置職種の実態を検討した。入退院支援部門を設置している病院は 79.9% に達しており、多くの病院において入退院支援が組織的に実施されている実態が明らかとなった。配置職種では精神保健福祉士の配置率が最も高く、97.6% の病院で常勤配置され、常勤換算人数は平均 4.4 人であった。一方、看護師は 36.3%、その他入退院支援に関わる職員は 19.6% の病院で配置されており、精神保健福祉士を中心としつつ、病院の機能や体制に応じて他職種が補完的に関与する構造が示唆された。

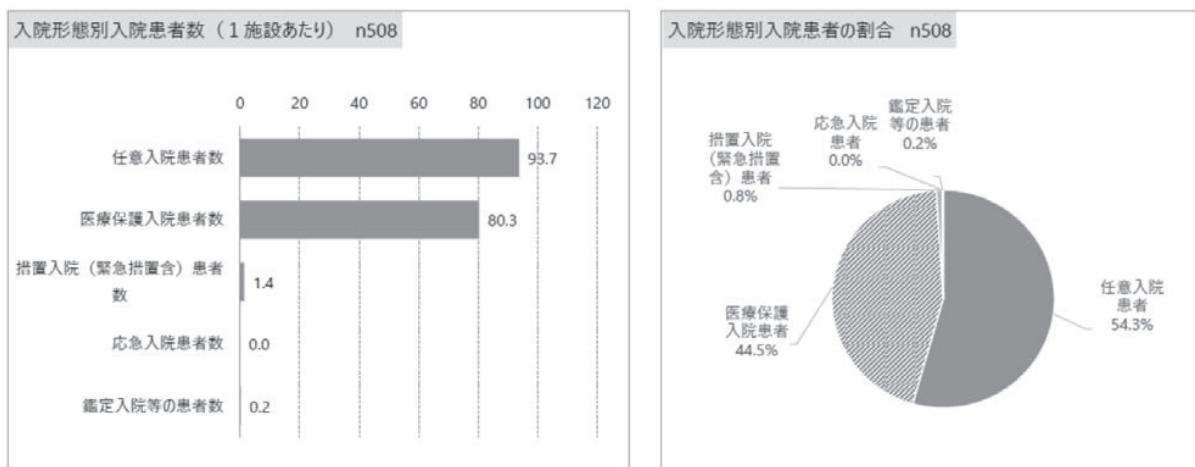


	配置有施設数	割合	平均配置数
精神保健福祉士	常勤（実人数）	403	97.6%
	非常勤（実人数）	44	10.7%
	常勤換算人数		4.4
看護師	常勤（実人数）	150	36.3%
	非常勤（実人数）	17	4.1%
	常勤換算人数		1.4
その他入退院支援に関わる職員	常勤（実人数）	81	19.6%
	非常勤（実人数）	13	3.1%
	常勤換算人数		0.5

II. 入院・退院の状況について（精神病床）

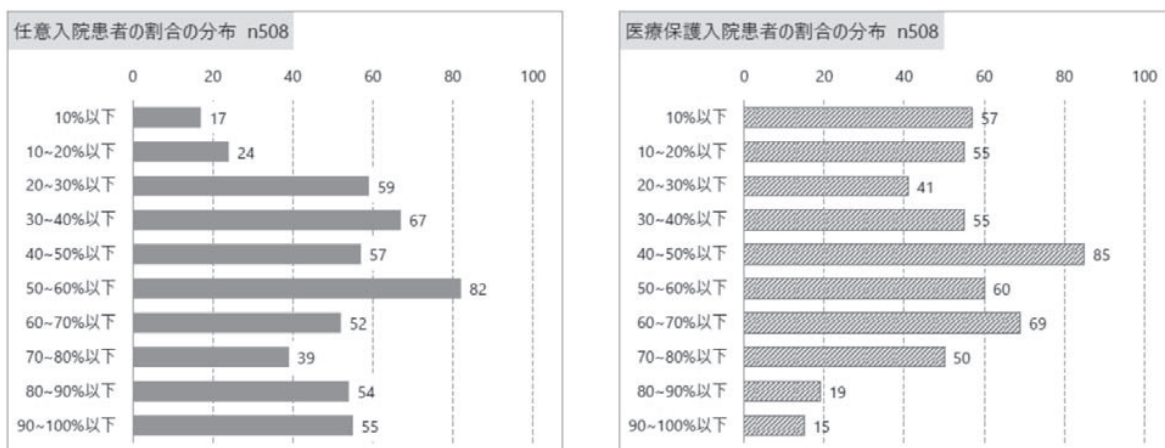
① 入院形態別入院患者数・割合

精神科病院1病院あたりの入院患者数を入院形態別にみると、任意入院患者が93.7人、医療保護入院患者が80.3人と、両者が入院医療の中心を占めていた。入院患者全体に占める割合では、任意入院が54.3%であるのに対し、医療保護入院は44.5%と極めて高い。精神科医療においては任意入院を基本とする原則が示されているが、実際の病院運営においては、本人の同意のみでは入院継続が困難な症例が相当数存在していることがうかがえる。医療保護入院では、家族等の同意取得や定期的な入院継続の判断、記録・説明義務など、医療機関に求められる手続や調整が多く、職員の負担は大きい。また、医療保護入院の対象となる患者は、症状が重篤で判断能力が低下している場合も多く、医療・看護の面においても高い専門性と人的資源を要する。



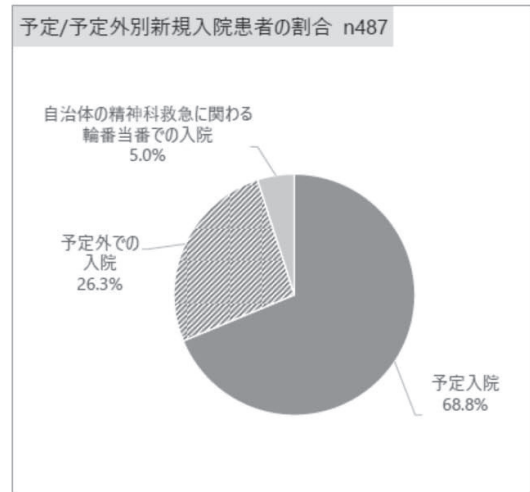
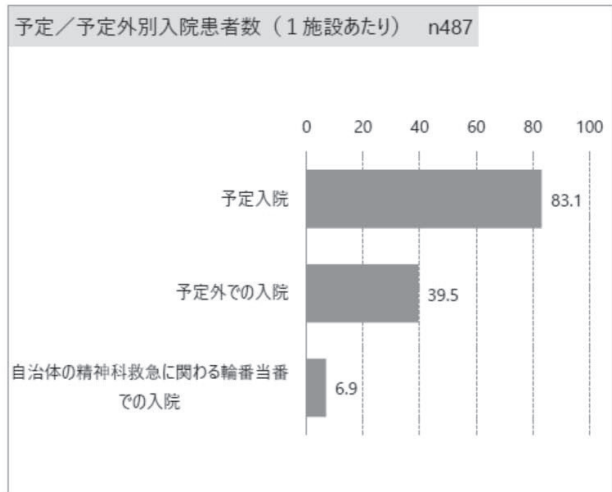
② 入院形態別の患者割合の分布

任意入院患者および医療保護入院患者の割合分布を示す。任意入院患者の割合は、50～60%以下が最も多く、30～60%の範囲に分布が集中していた。一方、10～20%以下の低割合病院は少数であり、任意入院が一定程度確保されている病院が多数を占めていた。医療保護入院患者の割合については、40～50%以下が最多で、40～70%に集中する傾向が認められたが、10～20%以下の病院も一定数存在した。80%以上の高割合病院はいずれの入院形態においても少数であった。これらの結果から、各病院における入院形態の構成は多様性を有しつつも、任意入院と医療保護入院が概ね拮抗した運用が主流である。



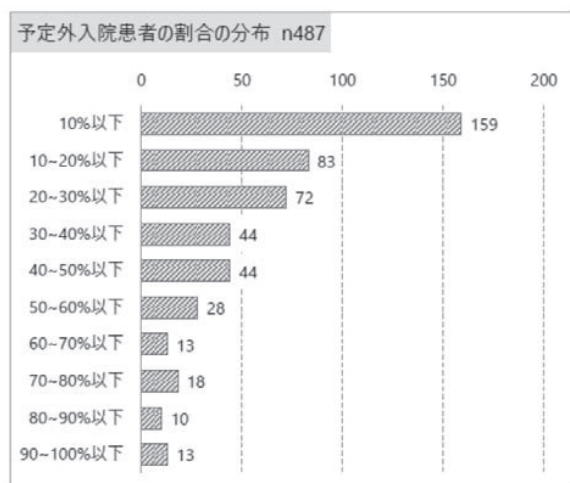
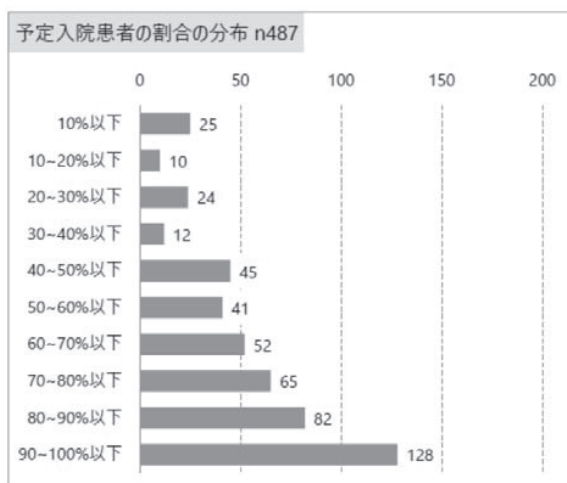
③ 予定／予定外別入院患者数

1 病院あたりの入院患者数および新規入院患者の構成比のいずれにおいても、予定入院が中心を占めていた。一方、予定外入院は全体の約4分の1を占めており、精神科病院にとって無視できない負担となっている。予定外の入院は、病床や人員配置の調整を突発的に要することが多く、計画的な病院運営を難しくする要因の一つである。予定外入院が生じる背景には、症状の急変や服薬中断、家族・支援体制の不足など、事前調整が困難な状況が存在する。また、夜間・休日は外来対応が制限される時間帯であり、予定外入院への対応が病院の業務負担として顕在化しやすい。



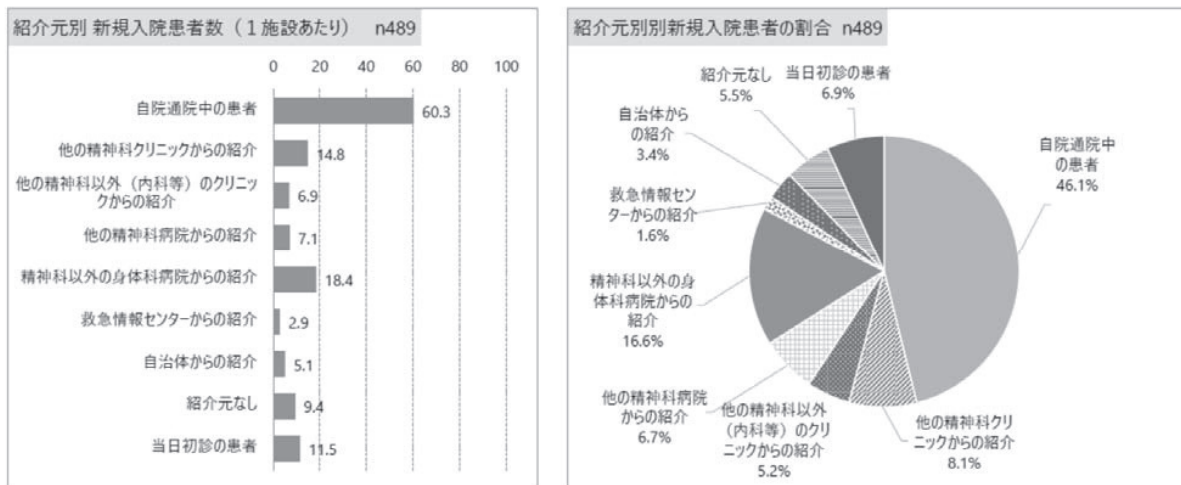
④ 予定／予定外別の入院患者割合の分布

487 病院を対象に予定入院患者および予定外入院患者の割合分布を示した。予定入院患者の割合は高率側に集中しており、80～100%未満の病院が多数を占め、特に90～100%未満が最も多かった。一方、予定外入院患者の割合は低率側に偏在し、10%以下の病院が最多で、30%以下が大半を占めていた。多くの病院では計画的な入院医療が中心であり、救急や緊急対応による予定外入院は限定的であることが示唆される。予定外入院は診療計画や病床運用、人員配置への影響が大きく、病院運営上の負担が大きいことも踏まえると、全体として予定入院主体の医療提供体制が一般的である。



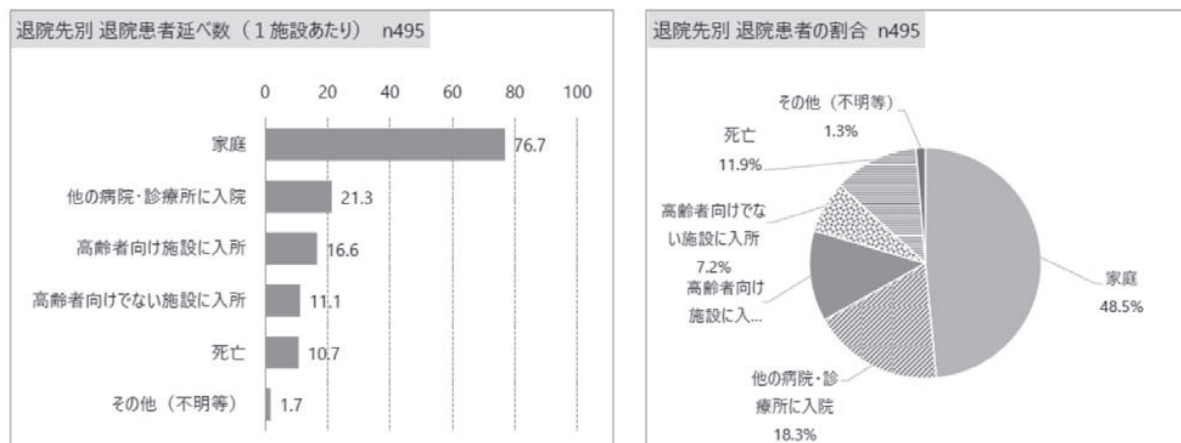
⑤紹介元別入院患者数

新規入院患者 489 人を対象に、紹介元別の患者数および構成比を病院単位で示す。1 病院あたりの新規入院患者数は「自院通院中の患者」が 60.3 人と最も多く、全体の 46.1% を占めていた。次いで多かったのは「精神科以外の身体科病院からの紹介」で 18.4 人（16.6%）であり、精神科医療と身体科医療との連携が入院受け入れにおいて重要な役割を果たしている。「他の精神科クリニック」や「他の精神科病院」からの紹介も一定数が認められ、地域内の精神科医療機関同士の連携も入院医療を支えている。一方、「当日初診の患者」や「紹介元なし」はそれぞれ 1 割未満にとどまり、計画的・継続的な診療関係を基盤とした入院が中心であった。



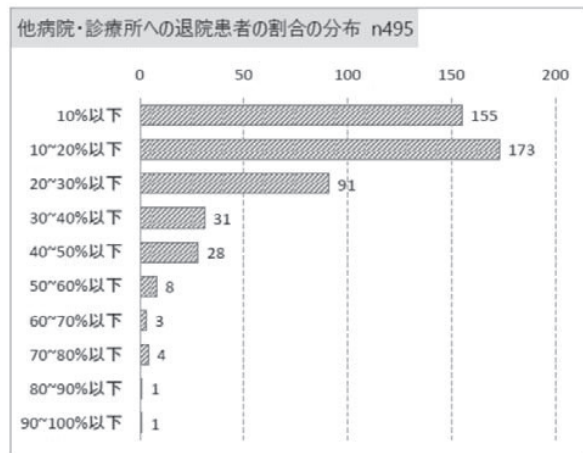
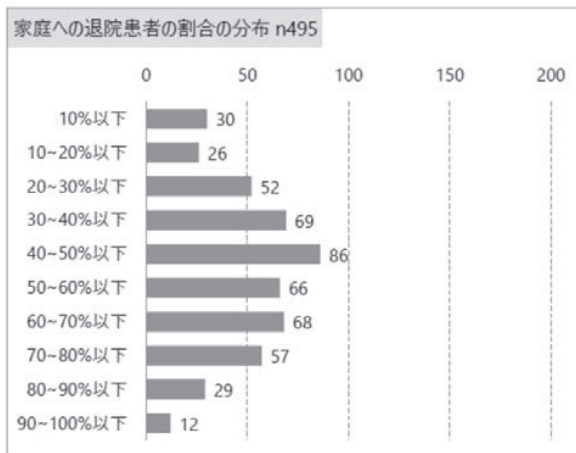
⑥退院先別退院患者数

退院先として家庭が最多ではあるものの、家庭以外への退院も非常に多い。退院患者の約半数は家庭に戻っている一方で、他の病院や高齢者向け病院への転院、さらには死亡退院も一定割合を占めている。特に、他の病院・診療所や高齢者向け病院への転院が多いことは、患者の状態が不安定であったり、在宅での受け入れ体制が十分に整っていない現状を示唆している。家庭以外への退院には、医療・介護の調整、家族への説明、受入先病院との連携など、多大な時間と労力を要する。こうした状況から、退院支援業務は極めて負担が大きく、病院にとって大変な取り組みである。



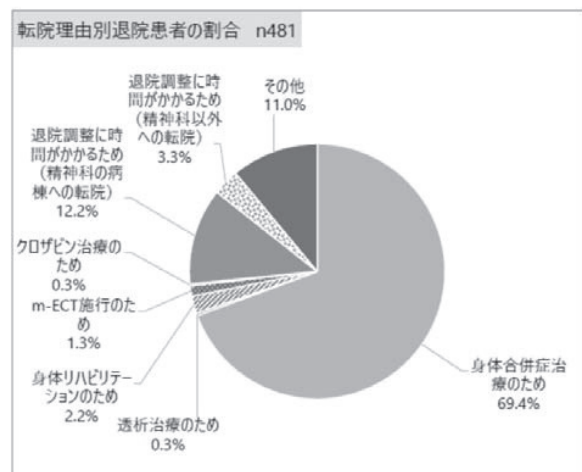
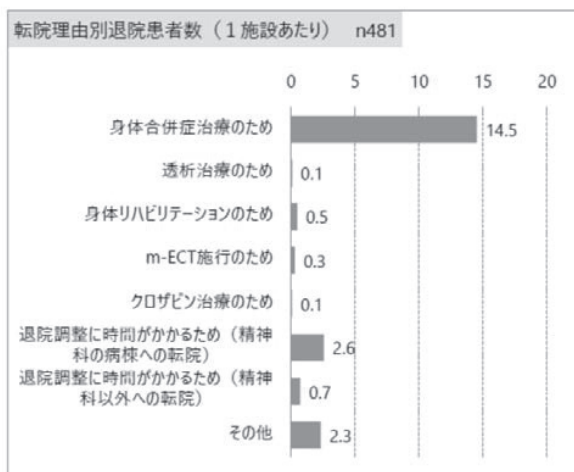
⑦家庭／他病院・診療所への退院患者割合の分布

495 病院を対象にした他病院・診療所への退院患者割合では、10%以下の病院は 155、10～20%以下は 173 であり、全体の約 3 分の 2 が 20%以下に集中していた。一方、30%以上の病院は 39、50%以上は 12 病院にとどまった。このように他病院・診療所への退院は件数としては限定的であるが、実務上は医療連携室や PSW に大きな負担を伴う業務である。転院調整では、受入先病院・診療所との調整、患者・家族への説明、診療情報提供書や看護サマリー等の書類作成、多職種カンファレンスへの対応が必要となり、1 件当たりの業務量は大きい。割合が低いことは業務負担の軽さを意味せず、「少数高負荷」の業務構造が存在する。



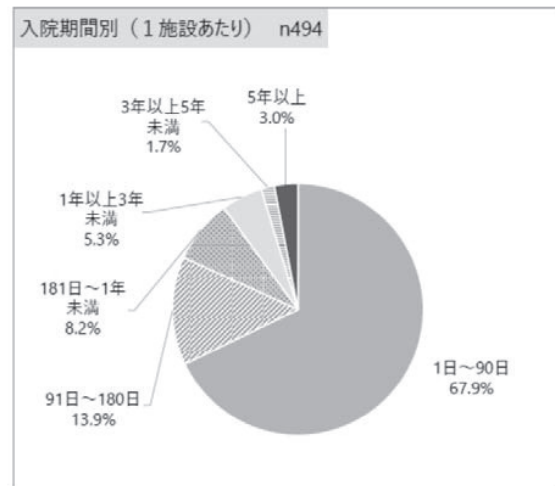
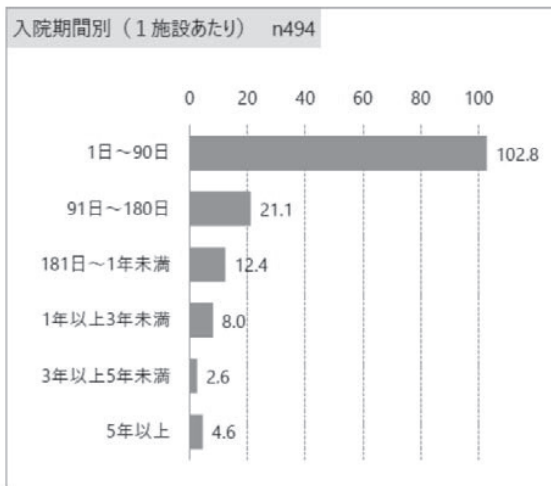
⑧転院理由別退院患者数（他の病院・診療所に入院した場合）

転院理由の最多は身体合併症治療であり、1 病院あたり 14.5 人、全体の 69.4% を占めた。次いで退院調整に時間を要するケースが一定数にみられ、精神科病棟内外への転院が全体の約 15% を占めていた。一方、治療内容に起因する転院として、m-ECT やクロザピン治療はそれぞれ 0.3% と少数であったが、クロザピン治療は実施可能な病院が限られるため、転院調整の難易度が高い治療である。さらに透析治療を理由とする転院は 0.3% と極めて少数であるものの、精神科医療と透析医療を同時に提供できる病院は非常に限られており、実際の転院調整は極めて困難である。



⑨入院期間別退院患者数

入院期間別に見ると、病院あたりの入院患者は1年未満が圧倒的に多く、合計136.3人約90%と全体の大半を占めている。特に90日以内の短期入院が中心であり、病院医療は全体として短期化が進んでいる状況にある。一方で、少数ではあるが5年以上の長期入院患者も存在し、こうした患者では退院後の受入れ先が見つからず、退院支援に大きな困難を伴う。医療的課題に加え、家族の受入れ困難、住居や生活基盤の未整備、介護力や地域支援体制の不足など、複合的な問題が重なりやすい。



Ⅲ. 精神保健福祉士の配置が必要な診療報酬の届出状況

精神科病院における精神保健福祉士常勤換算数と、救急機能、急性期機能、地域包括ケア機能、ならびに認知症病棟・児童思春期病棟の届出状況との関連をみた。対象は522病院である。

届出ベースでみると、救急機能を有する病院は85病院（16.3%）、急性期機能を有する病院は150病院（28.7%）にとどまり、地域包括ケア病棟を届け出ている病院は13病院（2.5%）と極めて少数であった。精神科病院全体として、地域包括ケア機能の制度的整備が十分に進んでいない実態が示された。

病院の設置主体別にみると、認知症病棟は日精協病院に多く、児童思春期病棟は自治体病院に多いという特徴が認められた。

PSW常勤換算数別にみると、配置数が多い病院ほど救急・急性期機能を届け出ている割合が高い傾向が確認された。特に10人以上配置の病院では救急機能の届出割合が5割を超え、20人以上配置の病院では急性期機能の届出が約8割からほぼ全数に達していた。しかし、急性期機能を有する病院においてPSWの配置が多いことは、制度上および実務上、当然の結果である。急性期機能の届出には、多職種による支援体制や退院支援、地域連携体制の整備が求められており、PSW配置はその前提条件の一つとなっている。従って、急性期医療を担うために必要な人的体制が、届出状況として可視化されたものである。一方で、PSW配置数が少ない病院では、急性期機能や救急機能の届出が限定的である実態も明らかとなっており、人員体制の制約が病院機能の選択や役割分担に関係している。

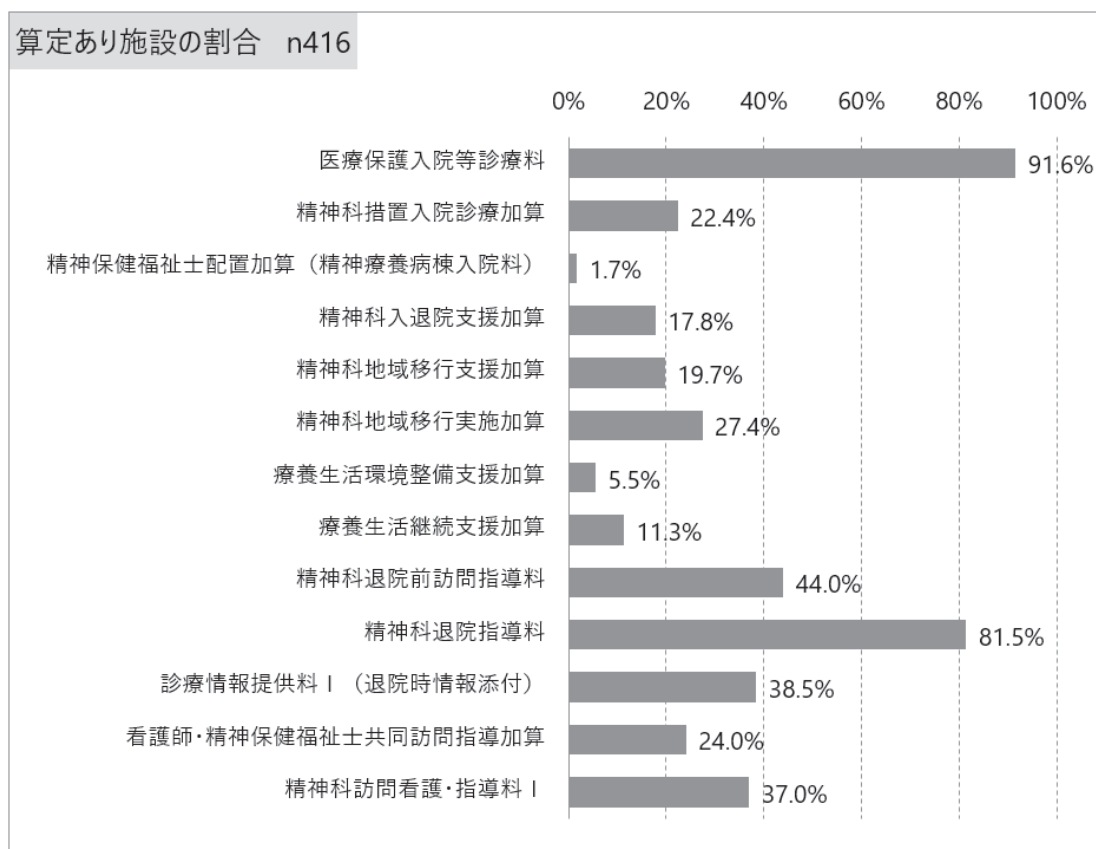
認知症病棟および児童思春期病棟の届出状況についても、PSW配置数との関連は明確である。認知症病棟を有する病院は全体の36.6%であったが、5～9人配置の病院では45.5%、20～29人配置では61.5%と高率であった。児童思春期病棟は全体では5.7%と限られているものの、20人以上配置の病院では3割から5割に達しており、専門性の高い医療機能を持っている病院は十分なPSW配置をしていることがわかる。

病棟の有無	総計	救急有無			急性期有無			地域包括ケア有無			認知症病棟有無			児童思春期病棟有無		
		有	無	有の%	有	無	有の%	有	無	有の%	有	無	有の%	有	無	有の%
日精協	455	72	383	15.8%	137	318	30.1%	12	443	2.6%	183	272	40.2%	18	437	4.0%
%	100.0%	15.8%	84.2%		30.1%	69.9%		2.6%	97.4%		40.2%	59.8%		4.0%	96.0%	
自治体	67	13	54	19.4%	13	54	19.4%	1	66	1.5%	8	59	11.9%	12	55	17.9%
%	100.0%	19.4%	80.6%		19.4%	80.6%		1.5%	98.5%		11.9%	88.1%		17.9%	82.1%	
総計	522	85	437	16.3%	150	372	28.7%	13	509	2.5%	191	331	36.6%	30	492	5.7%
%	100.0%	16.3%	83.7%		28.7%	71.3%		2.5%	97.5%		36.6%	63.4%		5.7%	94.3%	
PSW 常勤換算	総計	救急有無			急性期有無			地域包括ケア有無			認知症病棟有無			児童思春期病棟有無		
		有	無	有の%	有	無	有の%	有	無	有の%	有	無	有の%	有	無	有の%
無	18	1	17	5.6%	6	12	33.3%		18	0.0%	5	13	27.8%		18	0.0%
1～4人	199	4	195	2.0%	20	179	10.1%	2	197	1.0%	49	150	24.6%	4	195	2.0%
5～9人	189	16	173	8.5%	69	120	36.5%	2	187	1.1%	86	103	45.5%	7	182	3.7%
10～14人	73	37	36	50.7%	31	42	42.5%	7	66	9.6%	31	42	42.5%	11	62	15.1%
15～19人	28	17	11	60.7%	12	16	42.9%	2	26	7.1%	11	17	39.3%	3	25	10.7%
20～29人	13	9	4	69.2%	10	3	76.9%		13	0.0%	8	5	61.5%	4	9	30.8%
30人以上	2	1	1	50.0%	2	0	100.0%		2	0.0%	1	1	50.0%	1	1	50.0%
総計	522	85	437	16.3%	150	372	28.7%	13	509	2.5%	191	331	36.6%	30	492	5.7%

IV. 入退院支援に係る診療報酬の算定状況

① 入退院支援にかかる診療報酬の算定（令和7年6月）

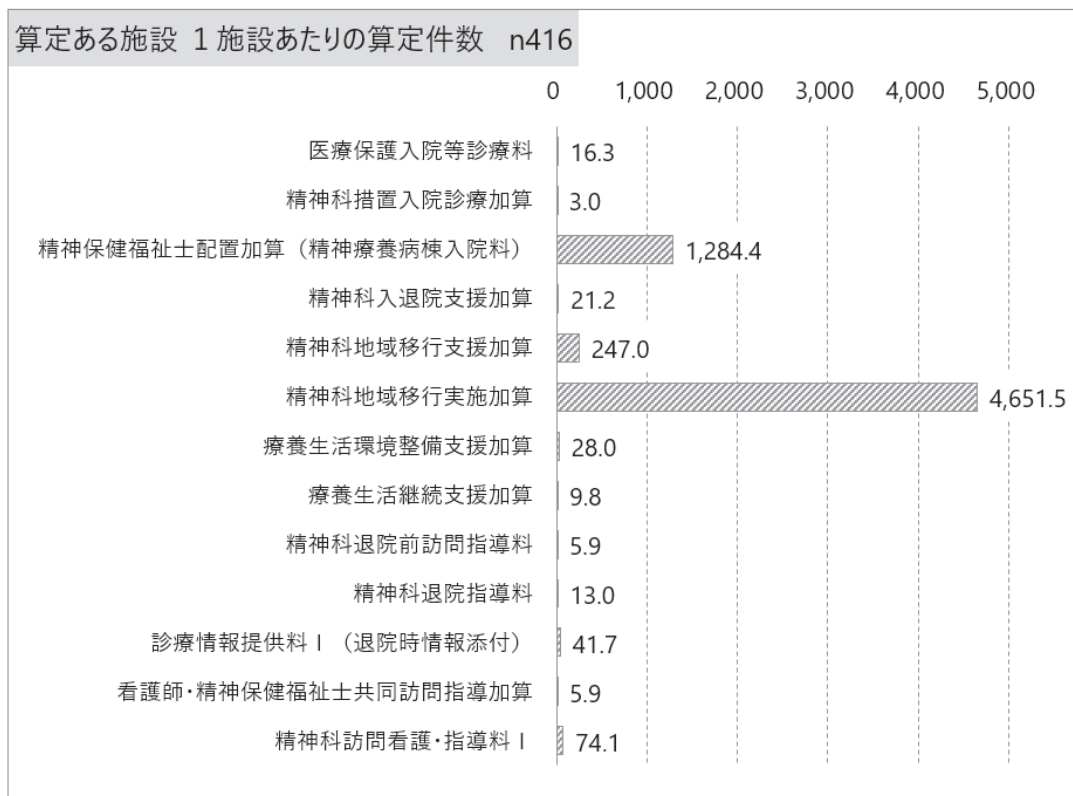
精神科医療における各種加算・指導料の算定状況について、病院間で大きな差が認められた。医療保護入院等診療料（91.6%）や精神科退院指導料（81.5%）といった基本的・制度的に定着した算定は高率であった一方、地域移行や療養生活支援に関連する加算の算定率は総じて低水準にとどまっている。特に、精神保健福祉士配置加算（精神療養病棟入院料）は1.7%と極めて低く、療養生活環境整備支援加算（5.5%）、療養生活継続支援加算（11.3%）も1割前後に過ぎなかった。さらに、精神科地域移行支援加算（19.7%）、精神科入退院支援加算（17.8%）といった退院後の地域生活を見据えた算定も2割未満であり、政策的に推進されている地域移行・生活支援の取組が、必ずしも病院現場に十分浸透していない現状が示唆された。これらの加算は多職種配置や院内外連携など体制整備を要することから、人的・運営的負担が算定の障壁となっている可能性が高い。



② 1施設あたりの算定件数（令和7年6月）

算定実績のある病院416病院を対象に、1病院あたりの精神科関連診療報酬の算定件数を整理した。精神科地域移行実施加算の算定件数が1病院あたり4,651.5件と突出して多い。これは、5,000件以上算定している病院が30あるためであるが、精神科医療において地域移行支援が日常的かつ継続的に実施されている実態が示された。また、精神保健福祉士配置加算（精神療養病棟入院料）も1,284.4件と高水準であり、病棟運営における人員配置型の評価が算定件数を押し上げていると考えられる。一方、精神科地域移行支援加算や精神科訪問看護・指導料Ⅰ、診療情報提供料Ⅰ（退院時情報添付）は一

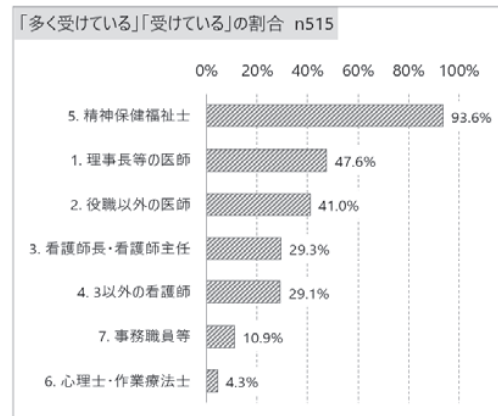
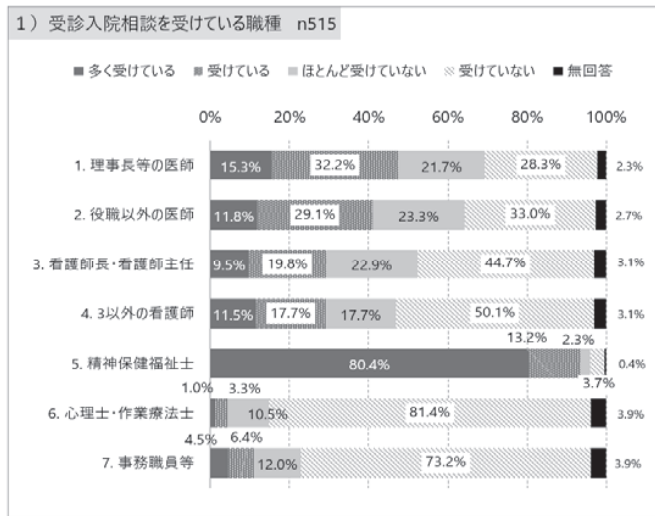
定の算定が認められるものの、件数は中位にとどまっている。さらに、退院前訪問指導料や共同訪問指導加算など、個別性や要件の厳しい項目は算定件数が少なく、病院機能や体制の違いが算定構造に大きく影響している。



V. 入院調整と入院早期のアセスメント（精神病床）

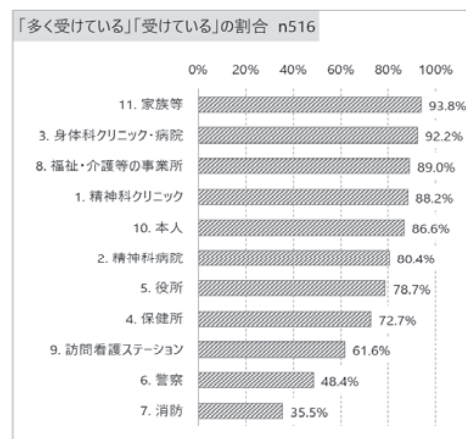
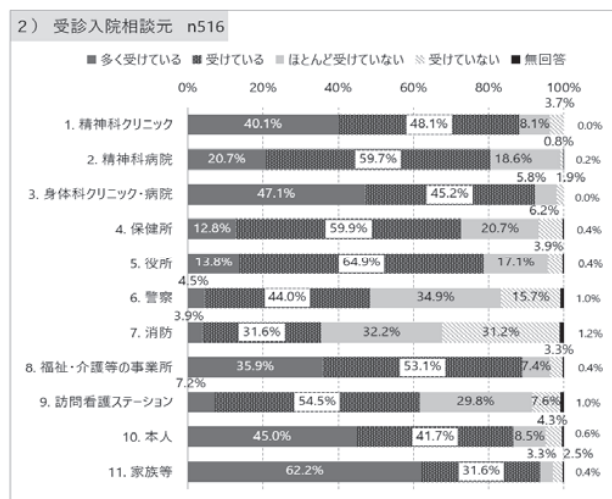
① 受診入院相談を受けている職種

病院内で受診・入院相談を受けている職種の実態を示す。515 件の回答結果から、精神保健福祉士は「多く受けている」「受けている」を合わせ 93.6%と最も高く、受診・入院相談の中心的役割を担っていることが示された。医師では理事長等が 47.6%、役職以外の医師が 41.0%と一定の関与が認められた。看護師は管理職、非管理職とも約 3 割にとどまり、心理士・作業療法士や事務職員では 1 割未満と低かった。受診・入院相談は、精神保健福祉士を核に、医師や看護師が補完的に関与する構造が病院内で形成されている。



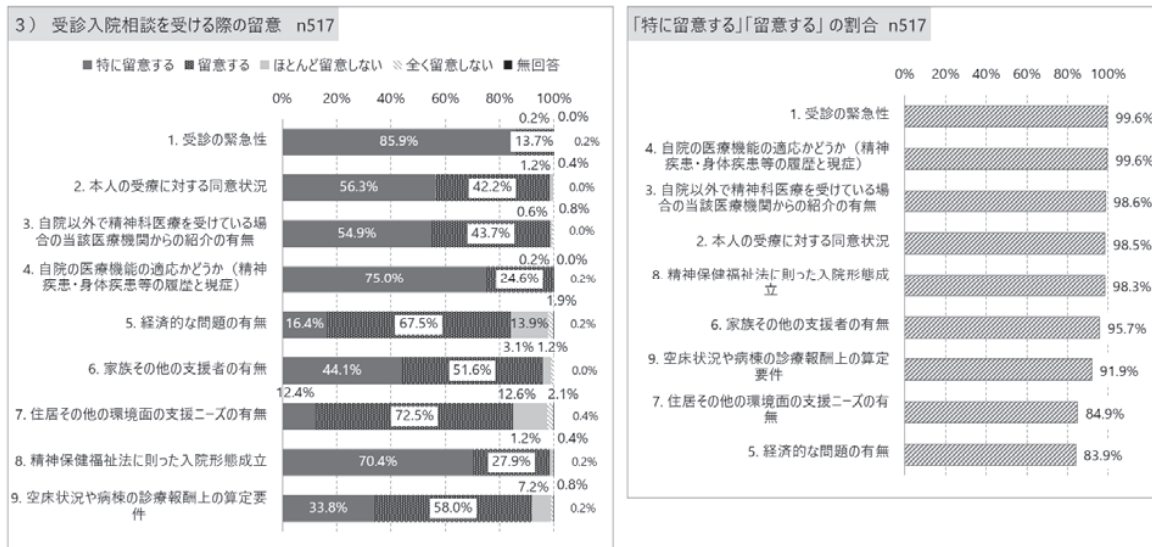
② 受診入院相談元

受診・入院に関する相談元について 516 件から、「多く受けている」「受けている」を合わせた割合が最も高かったのは家族等（93.8%）であり、相談の主要な起点が本人以外の身近な支援者であることが明らかとなった。次いで身体科クリニック・病院（92.2%）、福祉・介護等の事業所（89.0%）、精神科クリニック（88.2%）、本人（86.6%）が高い割合を示し、医療・福祉機関と本人・家族による多層的な相談構造が確認された。一方、警察（48.4%）や消防（35.5%）は関与率が低く、日常的な相談元というよりも限定的・緊急的な役割にとどまっていた。



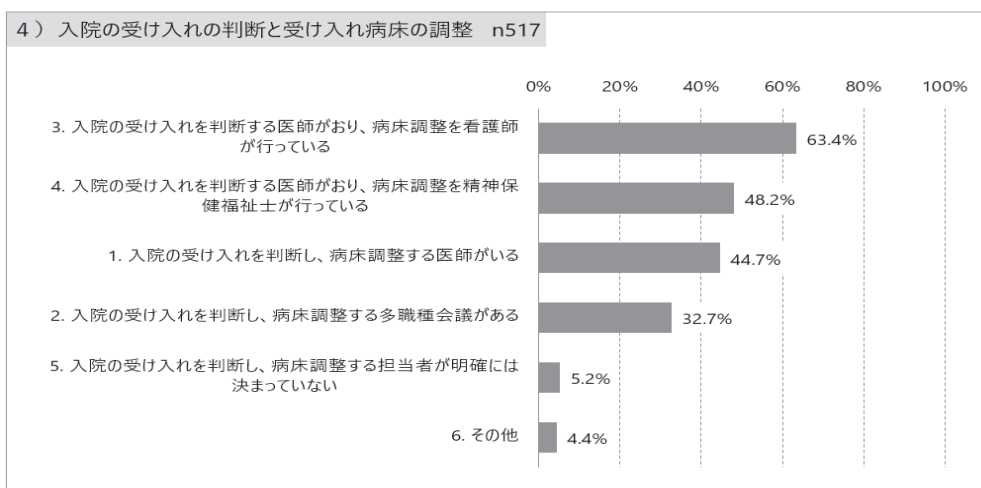
③受診入院相談を受ける際の留意

病院が受診・入院相談を受ける際に重視している事項を示す。「受診の緊急性」「自院の医療機能への適応」「他院からの紹介の有無」「本人の受療同意」「精神保健福祉法に則った入院形態成立」は、いずれも「特に留意する・留意する」が約 98～100%に達し、医学的・法的判断が最優先されていた。次いで「家族等の支援者の有無」「空床状況や診療報酬上の算定要件」も 9 割以上が留意しており、実務上の体制面も重要視されている。一方、「住居などの環境面の支援ニーズ」や「経済的問題」は 8 割台にとどまり、重要性は認識されつつも、緊急性や適応判断に比べると優先度は相対的に低いことがうかがえる。



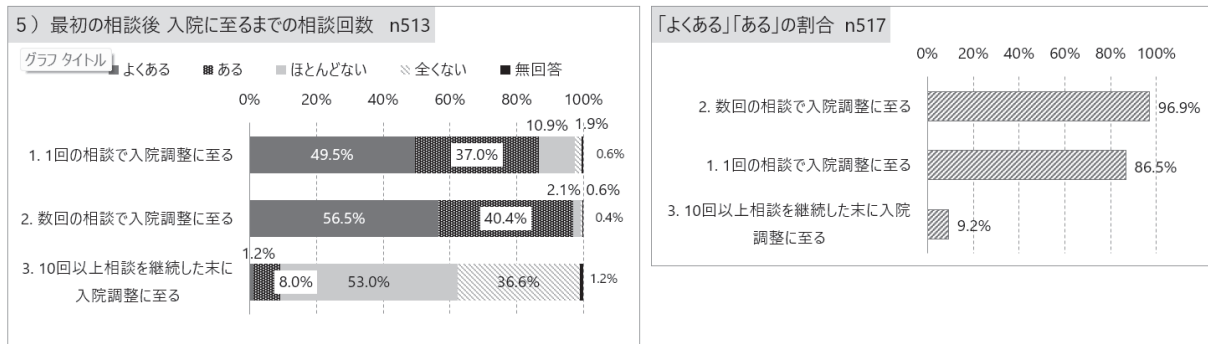
③ 入院受け入れの判断と受け入れ病床の調整

病院における入院受け入れの判断および受け入れ病床の調整体制については、入院の受け入れ判断は医師が行い、病床調整を看護師が担う体制が 63.4%と最も多く、次いで精神保健福祉士が病床調整を担う体制が 48.2%であった。一方、医師が判断から病床調整まで一貫して行う病院も 44.7%に認められた。また、多職種会議により入院判断および病床調整を行う病院は 32.7%であり、チーム医療の実践も一定程度みられた。担当者が明確に定まっていない病院は 5.2%と少数であり、多くの病院において役割分担に基づく入院受け入れ体制が構築されている。



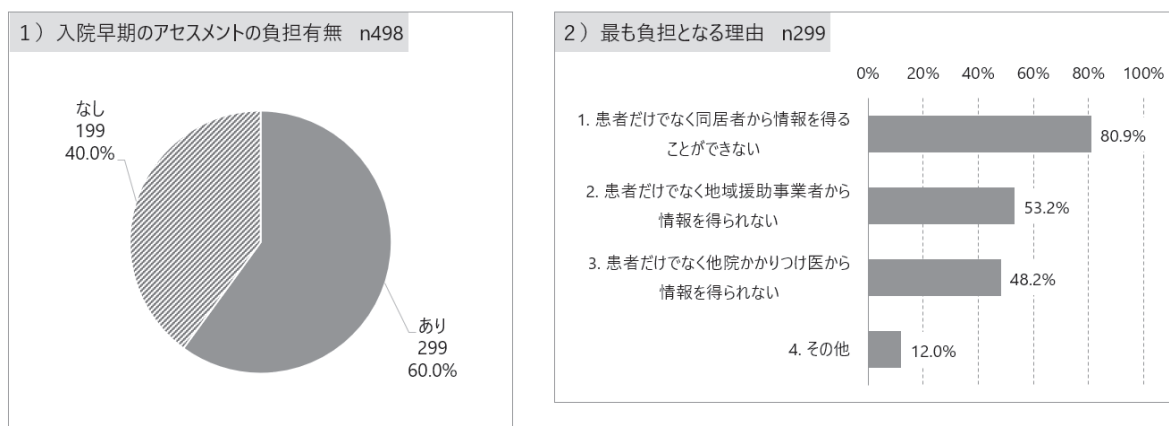
⑤最初の相談後、入院に至るまでの相談回数

最初の相談後に病院への入院調整に至るまでの相談回数と、その頻度との関係を示す。1回または2回の相談で入院調整に至るケースでは、「よくある」「ある」と回答した割合がそれぞれ86.5%、96.9%と非常に高く、早期に入院調整へ進む事例が一般的であった。一方、10回以上相談を継続した末に入院調整に至るケースでは、「よくある」「ある」は9.2%にとどまり、「ほとんどない」「全くない」が約9割を占めていた。病院への入院調整は比較的少ない相談回数で完結することが多く、相談が長期化するケースは例外的である。



⑥入院早期の患者アセスメント

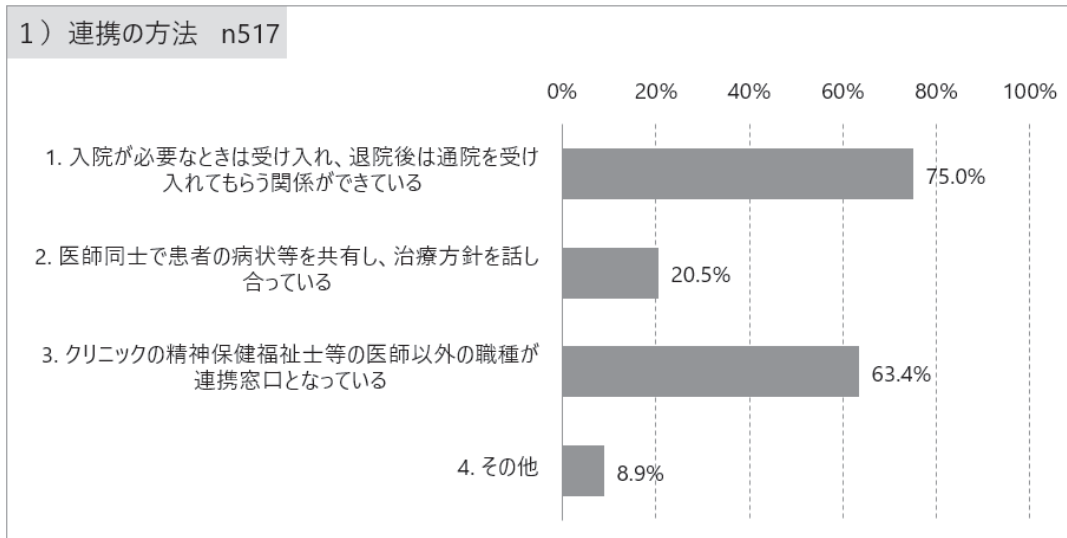
病院における入院早期アセスメントの負担感と、その背景要因を示す。498件のうち、入院早期アセスメントに「負担がある」と回答したのは299件（60.0%）であり、過半数の医療者が何らかの負担を感じていた。負担の主な理由として最も多かったのは、患者本人のみならず同居者から十分な情報を得ることができないことであり、次いで地域援助事業者、他病院やかかりつけ医からの情報収集の困難さが挙げられた。入院早期アセスメントの負担は、患者を取り巻く関係者との情報共有や連携体制が十分に機能していないことに起因している。特に、入院前からの情報が病院側に円滑に引き継がれない場合、短期間で多くの情報を収集する必要が生じ、医療者の業務負担が増大する可能性が高い。



⑦精神科クリニックとの連携の方法

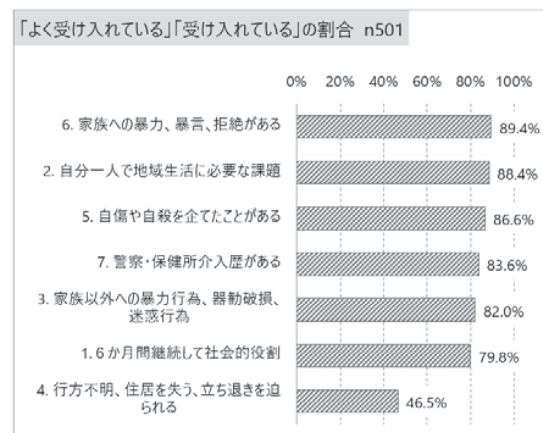
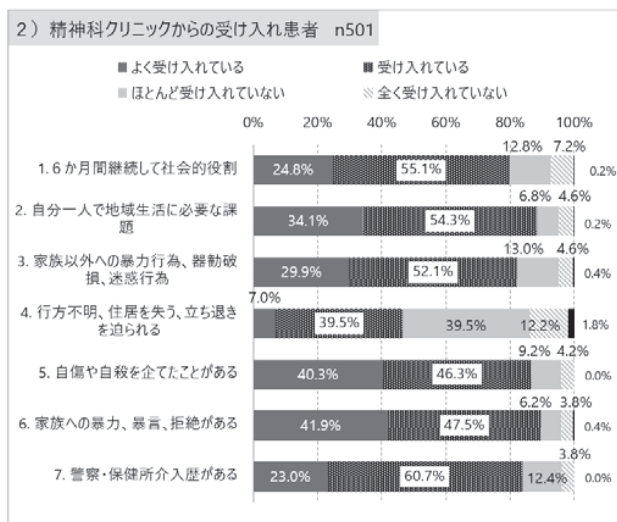
病院・クリニック間における連携方法について示す（n=517）。最も多かったのは、「入院が必要な際には受け入れ、退院後は通院を引き受ける関係が構築されている」で75.0%を占め、入退院と外来を分担する役割分担型の連携が主流であることが示された。

次いで、「精神保健福祉士等の医師以外の職種が連携窓口となっている」が63.4%と高く、多職種が医療連携の調整役として重要な役割を果たしていた。一方で、「医師同士が患者の病状や治療方針を共有し話し合っている」は20.5%にとどまり、医師間の直接的な連携は限定的であった。医療連携は制度的・業務的な分担や多職種を介した調整を中心に成立しており、治療方針の共有を含めた医師間連携の強化が課題である。



⑧精神科クリニックからの受け入れ患者

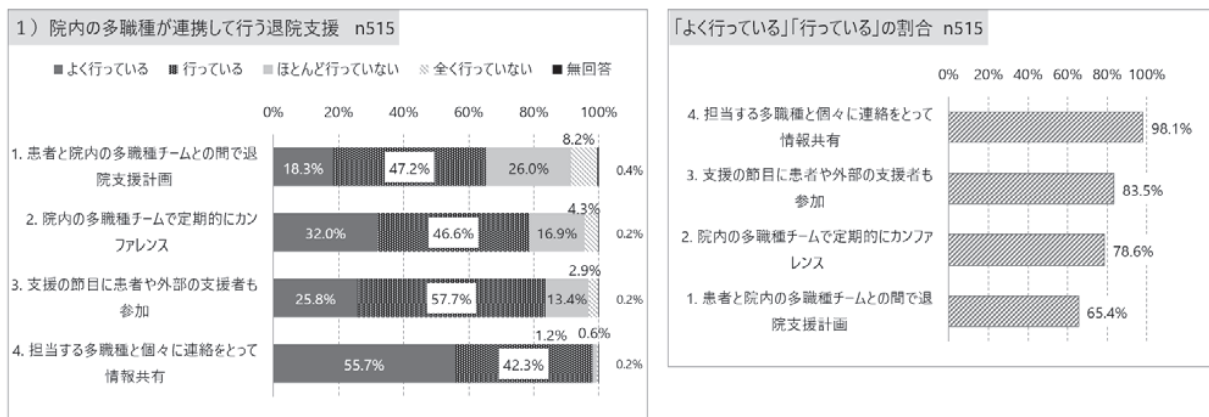
501件の回答から、精神科クリニックからの受け入れ患者を対象に、受け入れ状況と課題別対応の実態を示す。「家族への暴力・暴言・拒絶」「自分一人で地域生活に必要な課題」「自傷や自殺を企てた既往」など、リスク行動や生活上の困難を伴うケースについては、「よく受け入れている」「受け入れている」を合わせて8割以上と高い割合を示した。これらの課題は精神医療や地域支援の枠組みの中で比較的対応経験が蓄積されていると考えられる。一方、「行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる」といった住居不安や生活基盤の喪失に関する項目では、受け入れ良好率が46.5%にとどまり、他項目と比べて著しく低かった。医療的支援のみでは対応が困難な例があり、住宅支援や福祉部門、行政との連携体制の強化が今後の重要な課題である。



VI. 退院支援・退院調整（精神病床）

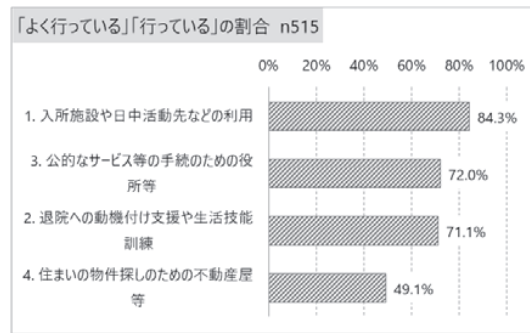
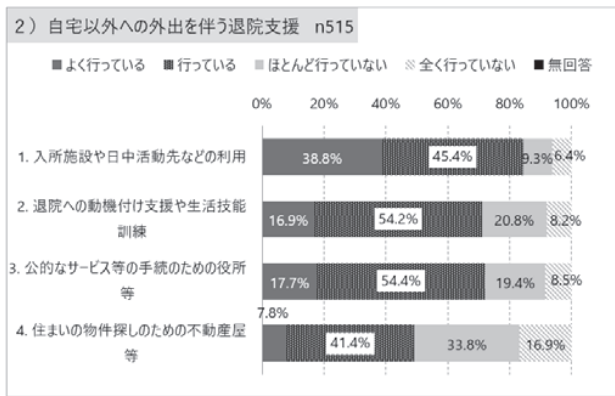
①院内多職種が連携して行う退院支援

病院内における多職種連携による退院支援は、一定程度実践されている一方で、現場には大きな労力がかかっている。特に「担当する多職種と個々に連絡をとって情報共有」については、「よく行っている」「行っている」の合計が98.1%と極めて高く、退院支援を円滑に進めるために、個別連絡に依存した対応が広く行われている。この方法は、関係職種が増えるほど調整や連絡回数が増大し、担当者個人の負担が大きくなりやすい。また、定期的な多職種カンファレンスや、支援の節目に患者や外部支援者を含めた調整も高い実施率を示しており、時間確保や日程調整、情報整理などに相当の労力を要している。一方で、患者と病院内多職種チームが一体となって退院支援計画を共有・策定する取り組みは、他項目と比べて実施率が低く、限られた業務時間の中で十分に対応しきれていない。個人の負担に依存した連携が多い。



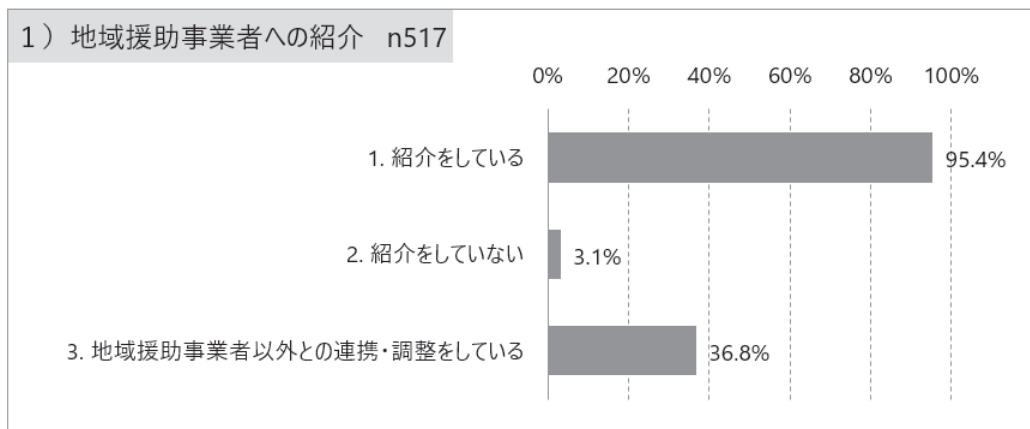
②自宅以外への外出を伴う退院支援

515件の回答から、自宅以外への外出を伴う退院支援の実施状況について示す。「入院病院や日中活動先などの利用」は「よく行っている」「行っている」の合計が84.3%と最も高く、退院後の生活を見据えた外出支援として広く実施されていた。また、「公的なサービス等の手続きのための役所等」（72.0%）や「退院への動機付け支援や生活技能訓練」（71.1%）も7割を超えており、社会資源の利用支援や生活面の準備が一定程度定着している。一方で、「住まいの物件探しのための不動産屋等」は49.1%にとどまり、他項目と比較して実施率が低かった。住居確保に関する支援は調整や制度面での課題が多く、病院と地域関係機関の連携強化や支援体制の整備が求められる。



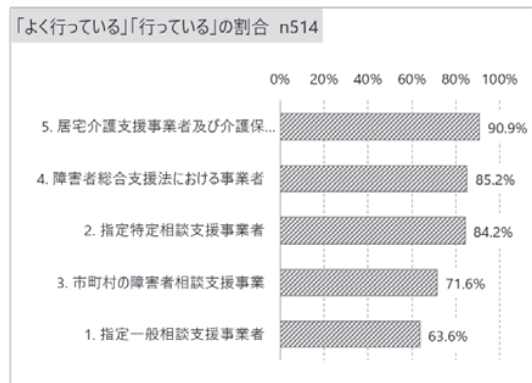
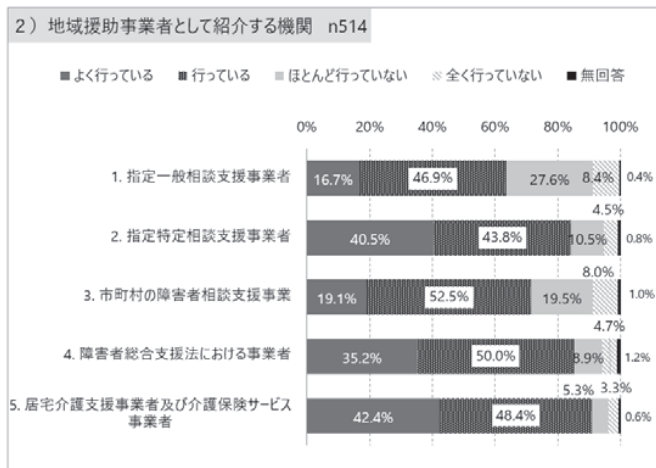
③地域援助事業者への紹介

地域援助事業者への紹介状況について（n=517）、「紹介をしている」と回答した割合は 95.4%と非常に高く、ほとんどの機関において地域援助事業者への紹介体制が整備されていた。一方、「紹介をしていない」は 3.1%にとどまり、少数ではあるものの、紹介に至らない背景や要因について今後検討する必要がある。また、「地域援助事業者以外との連携・調整をしている」は 36.8%であり、約 4 割の機関が病院や行政機関、福祉関係機関等と連携した支援を行っていた。地域援助事業者を中心とした支援に加え、多機関との連携による包括的な支援体制が進みつつある。



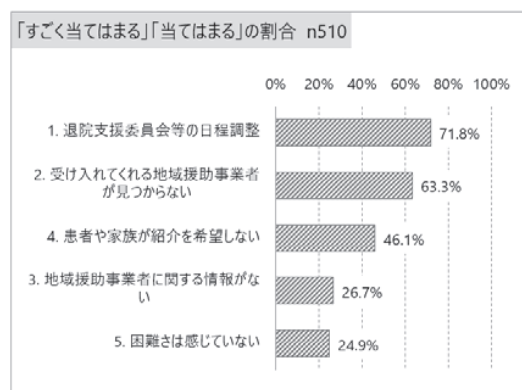
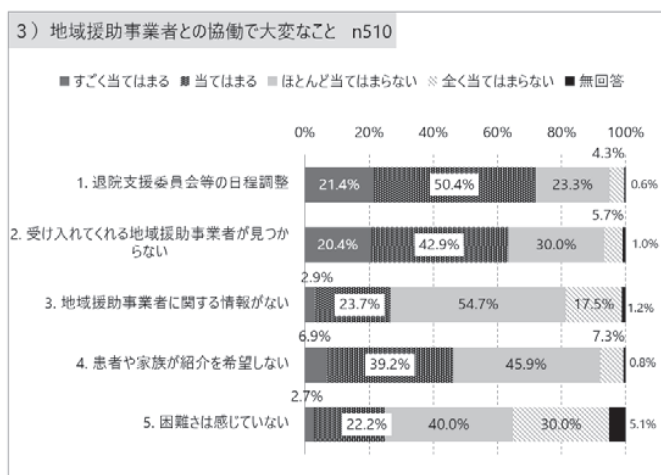
④退院支援・退院調整で地域援助事業者として紹介する機関

地域援助事業者として紹介される機関について、その実施状況を示す。514 件の回答から、「よく行っている」「行っている」「ほとんど行っていない」「全く行っていない」の 4 段階で評価した。「よく行っている」「行っている」を合わせた割合は、居宅介護支援事業者及び介護保険サービス事業者が 90.9%と最も高く、次いで障害者総合支援法における事業者（85.2%）、指定特定相談支援事業者（84.2%）であった。一方、市町村の障害者相談支援事業は 71.6%、指定一般相談支援事業者は 63.6%にとどまり、相対的に低い傾向が認められた。全体として、介護保険分野や特定相談支援に関わる事業者は地域援助事業者として積極的に紹介されている一方、一般相談支援事業者では紹介の程度に課題が残った。



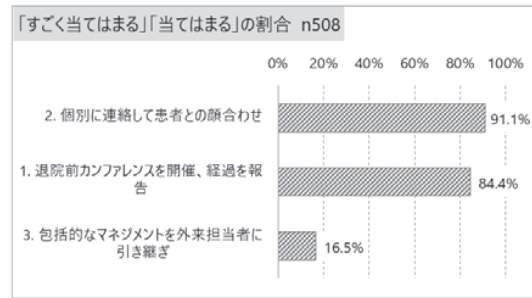
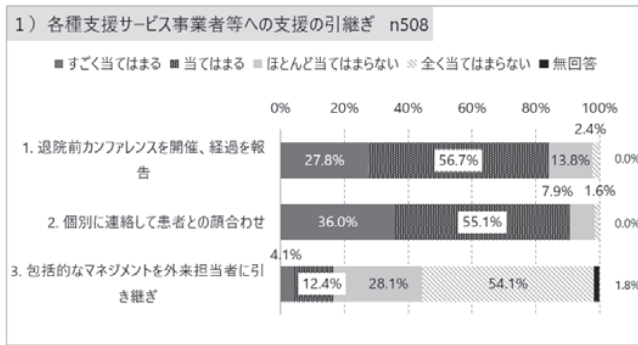
⑤地域援助事業者との協働において大変なこと

地域援助事業者との協働において、病院側が多方面で大きな負担を抱えている実態が明らかとなった。特に、退院支援委員会等の日程調整は「当てはまる」とする回答が7割を超え、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、地域援助事業者など多数の関係者を調整する業務が、病院現場に大きな時間的・心理的負荷を与えていることが示唆される。また、受け入れてくれる地域援助事業者が見つからないという回答も6割を超えており、退院後の生活を見据えた支援体制を整えたくても、病院側の努力だけでは限界がある状況が浮き彫りとなった。患者や家族が紹介を希望しないケースも少なくなく、病院職員は本人・家族の意向を尊重しながら調整を進めるといふ、精神的にも難しい対応を求められている。病院が地域連携の要として多大な調整責任を担いながら、十分な支援資源や情報が得られない中で苦慮している現状を示している。



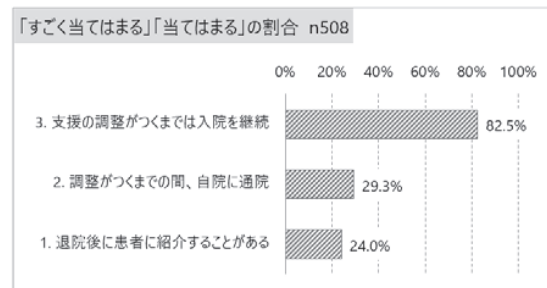
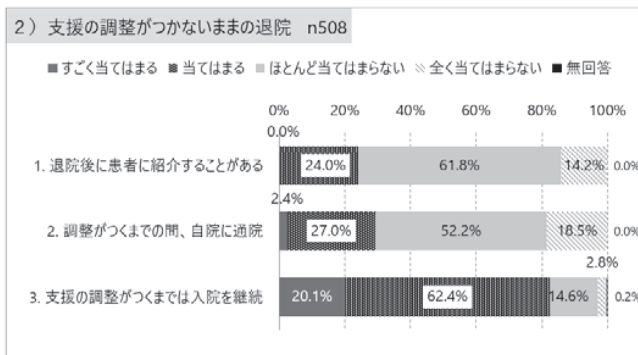
⑥各種支援サービス事業者等への支援の引継ぎ

各種支援サービス事業者等への支援の引き継ぎ方法について調査した結果、個別に連絡して患者との顔合わせを行う方法は「すぐ当てはまる」「当てはまる」の合計が91.1%と最も高く、多くの病院で実践されていた。また、退院前カンファレンスを開催し経過を報告する方法についても肯定的回答は84.4%に達しており、退院前の情報共有の場として一定程度定着していた。一方、包括的なマネジメントを外来担当者に引き継ぐ方法については肯定的回答が16.5%にとどまり、多くの病院で十分に実施されていない状況が示された。



⑦ 支援の調整がつかないままの退院

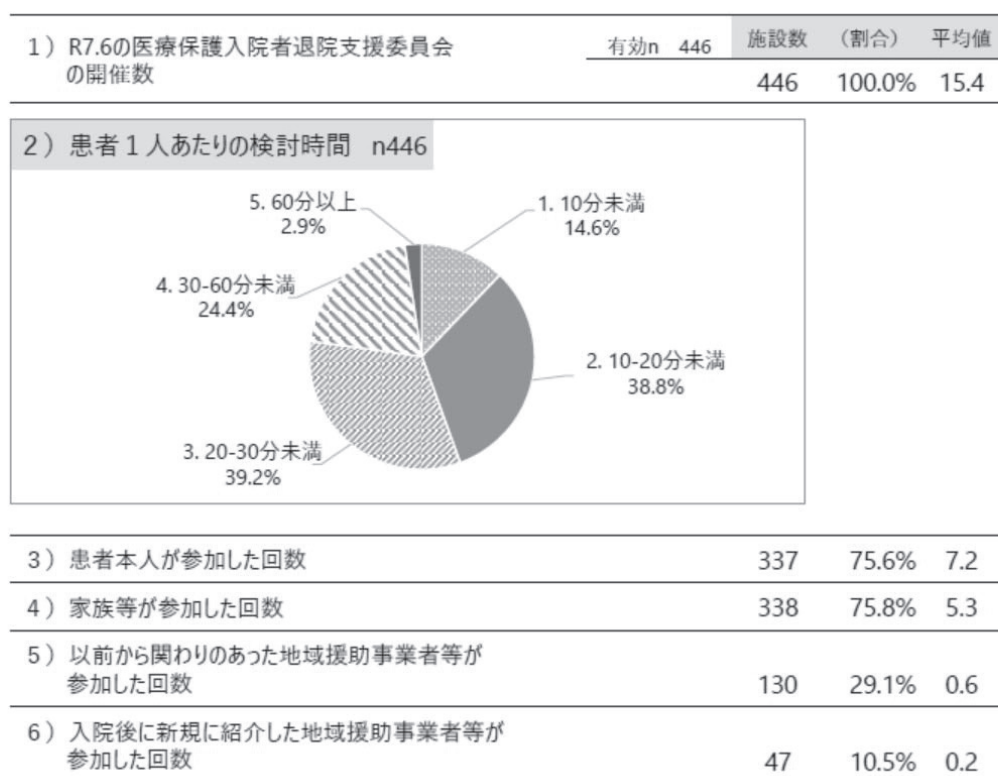
支援の調整が整わない状況における退院対応の実態を示す。支援体制が確立するまで「入院を継続する」と回答した割合が8割を超えており、支援の不確実性がある場合には退院を回避する傾向が強い。一方で、「調整がつくまでの間、自院に通院」や「退院後に患者を紹介する」といった対応については、肯定的な回答が3割前後にとどまっていた。これらの結果は、支援が未調整のまま退院することに対する懸念が大きく、入院継続が安全策として選択されやすい現状を反映していると考えられる。入院の長期化は医療資源の効率的な活用という点では課題も多い。入院・外来・地域支援を含めた一連の支援調整の流れを整理し、関係機関との役割分担や連携のあり方を明確にすることが重要である。支援調整が滞った場合の対応を共有することは、円滑な退院支援と地域生活への移行を促進する上で不可欠である。



Ⅶ. 令和6年4月施行の改正精神保健福祉法による業務量変化

①医療保護入院者退院支援委員会（令和7年6月）

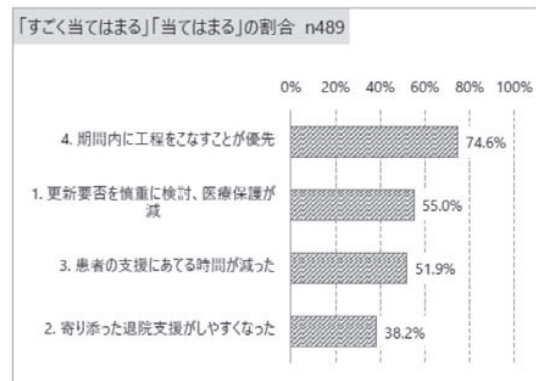
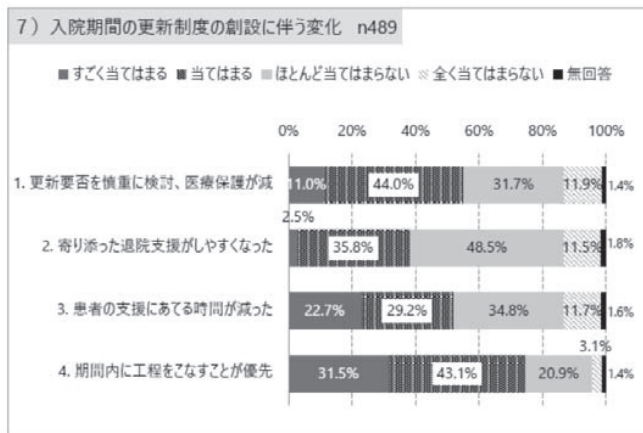
令和7年6月時点における医療保護入院患者の退院支援委員会の実施状況を示す。446の対象病院の全てで退院支援委員会が開催されており、平均開催回数は15.4回と、退院支援が一定程度定着している実態が確認された。患者1人あたりの検討時間については、10～20分未満が38.8%、20～30分未満が39.2%と最も多く、全体の約8割が10～30分未満に集中していた。一方、60分以上の十分な検討時間を確保している病院は2.9%にとどまっていた。委員会への参加状況では、患者本人が参加した病院は75.6%、家族等が参加した病院は75.8%であり、患者・家族の関与は比較的高い水準にあった。一方、地域援助事業者等の参加については、以前から関わりのあった事業者が参加した病院は29.1%、入院後に新規紹介した事業者が参加した病院は10.5%と低く、平均参加回数も少数であった。退院支援委員会は広く実施され、患者・家族の参加も進んでいる一方で、地域支援との連携には課題が残されていた。



②医療保護入院期間の更新制度創設に伴う変化

入院期間の更新制度の創設は、病院現場における業務負担を数値の上でも明確に増大させている。489の調査結果では、「期間内に工程をこなすことが優先されるようになった」と74.6%が「すごく当てはまる」「当てはまる」と回答しており、制度導入によって時間管理と進捗管理が強く求められるようになった実態が浮き彫りとなっている。これに伴い、職員は日常的に業務スケジュールに追われ、余裕を持った対応が困難になっている。また、「更新可否を慎重に検討することで医療保護が減った」と感じている回答も55.0%に上り、更新判断のための記録作成、情報収集、カンファレンス調整など、間接業務が確実に増加していることがうかがえる。本来、患者支援に充てるべき時間がこれらの作業に割かれることで、「患者の支援にあてる時間が減った」と感じる職員も

51.9%と半数を超えている。一方で、「寄り添った退院支援がしやすくなった」と肯定的に捉えている割合は38.2%にとどまり、制度が業務の質向上よりも労務量の増大として認識されている傾向が強い。

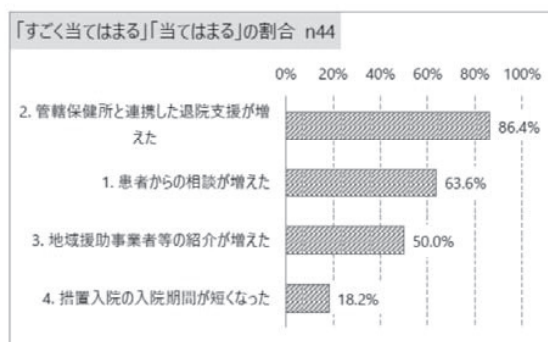
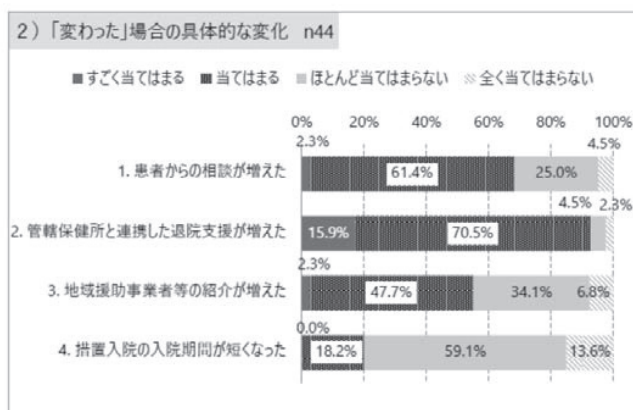


③退院後生活環境相談員の選任必須化に伴う退院支援の変化

退院後生活環境相談員の選任必須化により、多くの病院では退院支援の基本的枠組みに大きな変化はみられなかったものの、一部の病院では業務上の労力増加が顕在化した。特に「変化があった」と回答した病院では、管轄保健所との連携による退院支援の増加や、患者からの相談件数の増加が顕著であり、これに伴い調整業務や記録、情報共有等の負担が増したと考えられる。保健所や地域援助事業者との連携強化は、退院後支援の質向上という点では意義がある一方、連絡調整や会議、書類作成といった間接業務が増え、相談員個人にかかる業務量は拡大している。特に人員配置に余裕のない病院では、既存業務に加えて退院支援に関する対応が上乘せされる形となり、業務の煩雑化や時間的制約が生じやすい。また、措置入院患者の支援においては、関係機関との継続的な情報交換や支援内容の調整が必要となり、短期間での集中的な対応が求められる場面も少なくない。

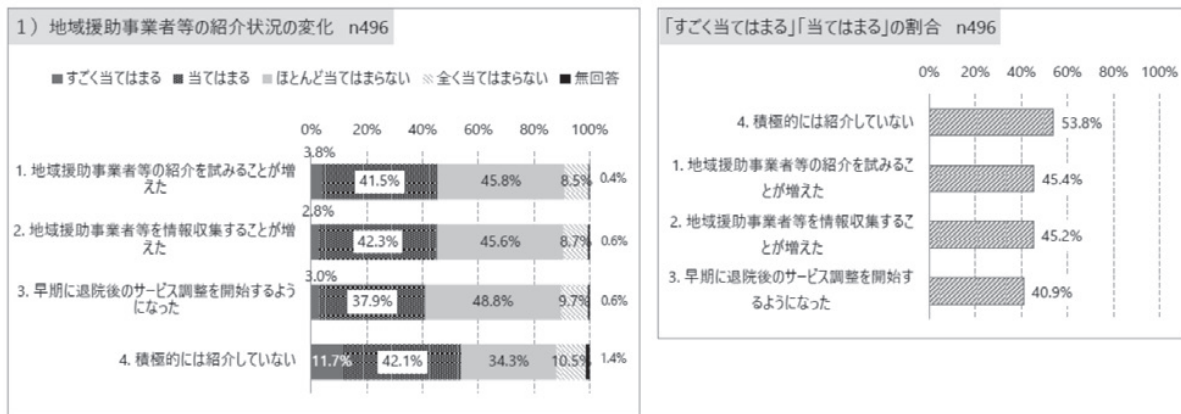
1) 退院後生活環境相談員の選任必須化に伴う措置入院者への退院支援の変化

	有効n	割合
1. 変わった	44	12.4%
2. 変わらない	311	87.6%



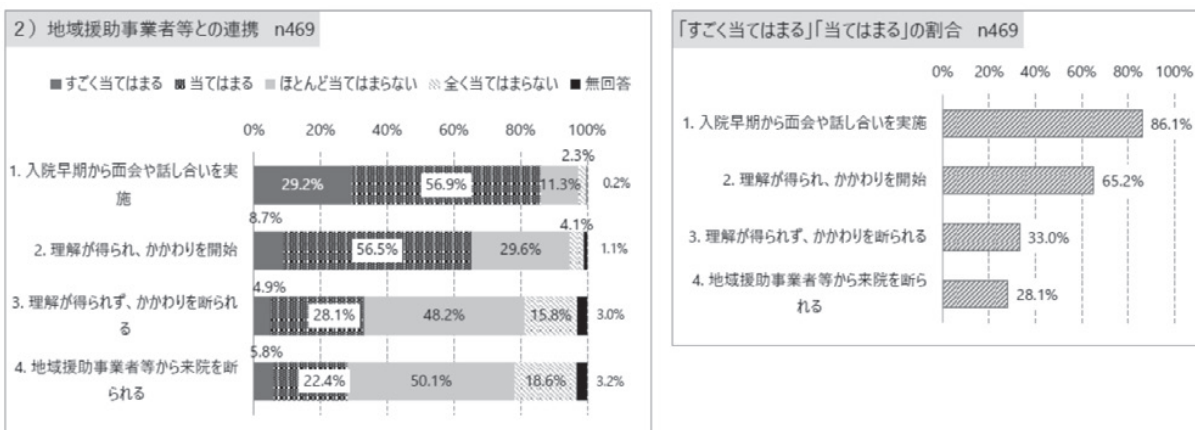
④紹介義務化に伴う紹介状況の変化

496 病院における地域援助事業者等の紹介状況の変化について示す。「地域援助事業者等の紹介を試みるが増えた」（45.4%）、「地域援助事業者等を情報収集するが増えた」（45.2%）、「早期に退院後のサービス調整を開始するようになった」（40.9%）と、約 4～5 割の回答者が肯定的な変化を実感している。病院において退院支援や地域連携に向けた意識・行動の変化が一定程度進んでいることが示唆される。一方で、「積極的には紹介していない」に「すごく当てはまる」「当てはまる」と回答した割合は 53.8%と過半数を占めており、地域援助事業者等の活用が十分に進んでいない病院や職種が依然として多い。このことから、地域連携の取り組みは一部では進展しているものの、病院全体としては実践状況にばらつきがある、いわば二極化した状況にあると考えられる。



⑤地域援助事業者等との連携

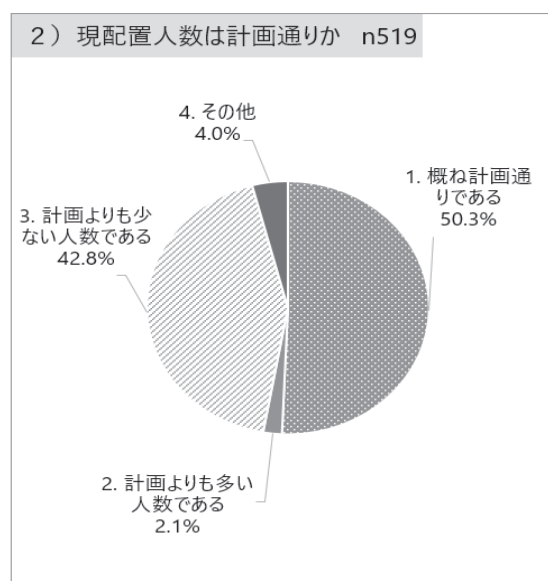
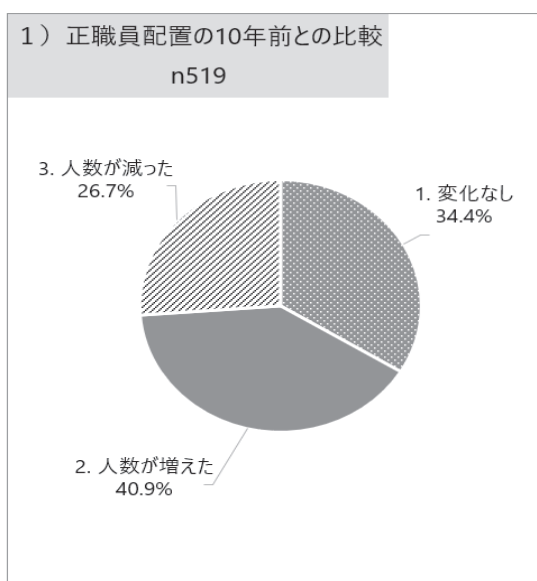
地域援助事業者等との連携状況について（n=469）、「入院早期から面会や話し合いを実施している」と回答した割合は、「すぐ当てはまる」「当てはまる」を合わせて 86.1%と高く、入院初期段階からの関与が多く多くの病院で定着していた。また、「理解が得られ、かかわりを開始できている」との回答も 65.2%に達しており、地域援助事業者との協働が一定程度円滑に進んでいる状況がうかがえる。一方で、「理解が得られず、かかわりを断られる」と回答した割合は 33.0%、「地域援助事業者等から来院を断られる」は 28.1%であり、約 3 割の病院において連携が困難となる事例が存在していた。これらの結果から、入院早期からの働きかけは進んでいるものの、地域援助事業者側の理解不足や受入体制の問題が連携の阻害要因となっている可能性がある。



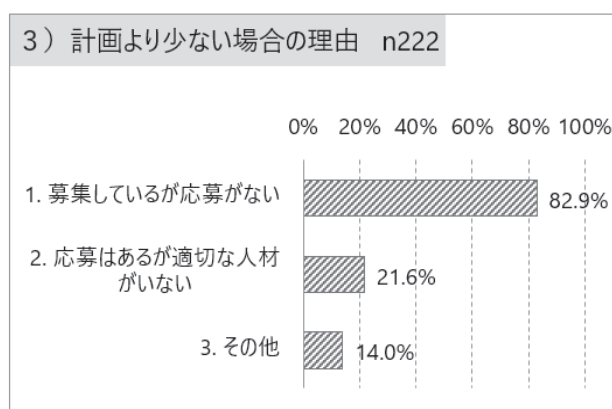
Ⅷ. 精神保健福祉士の業務に関して

①精神保健福祉士の配置

正職員配置について10年前と比較すると、「人数が増えた」と回答した病院が40.9%と最も多く、一定の人員確保が進んできている。しかし一方で、「変化なし」が34.4%、「人数が減った」が26.7%と、約6割の病院では増加がみられない状況にあり、正職員配置の動向にはばらつきがある。現配置人数が計画通りかどうかを見ると、「概ね計画通り」とする病院は50.3%にとどまり、「計画よりも少ない」と回答した病院が42.8%と高い割合を占めている。計画を上回る配置ができていない病院は2.1%とごく少数であり、多くの病院が人員確保に課題を抱えている。長期的には正職員数を増やしてきた病院が一定数存在するものの、現状では人材確保が計画に追いついておらず、慢性的な人手不足状況である。



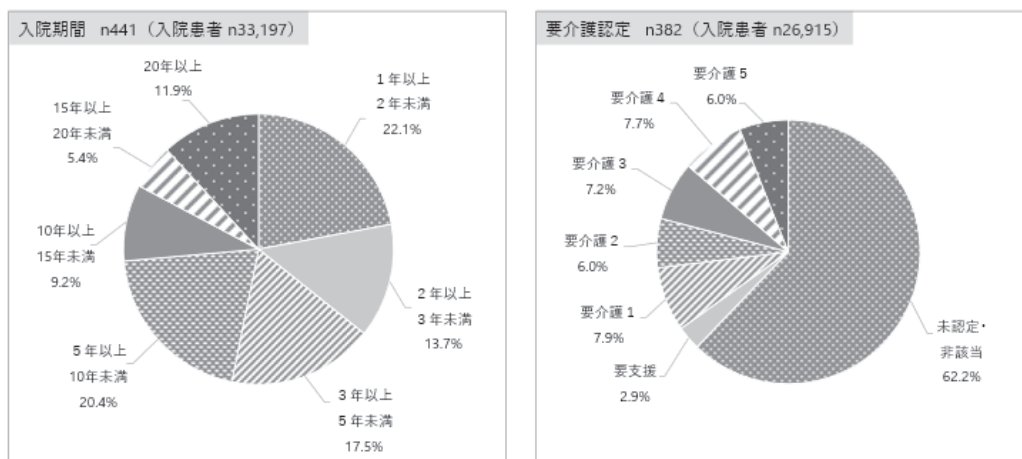
222件の回答によると、計画より実績が少ない理由として最も多かったのは「募集しているが応募がない」で82.9%を占めており、人材確保における最大の課題が応募数不足にあることが明らかとなった。次いで「応募はあるが適切な人材がない」が21.6%で、一定数の応募はあっても要件とのミスマッチが生じている。また「その他」も14.0%存在し、個別事情による影響も無視できない。計画未達の理由としては、応募が集まらない状況が多数を占めており、あわせて応募者と求める人材との不一致や、その他の要因も一定割合存在している。



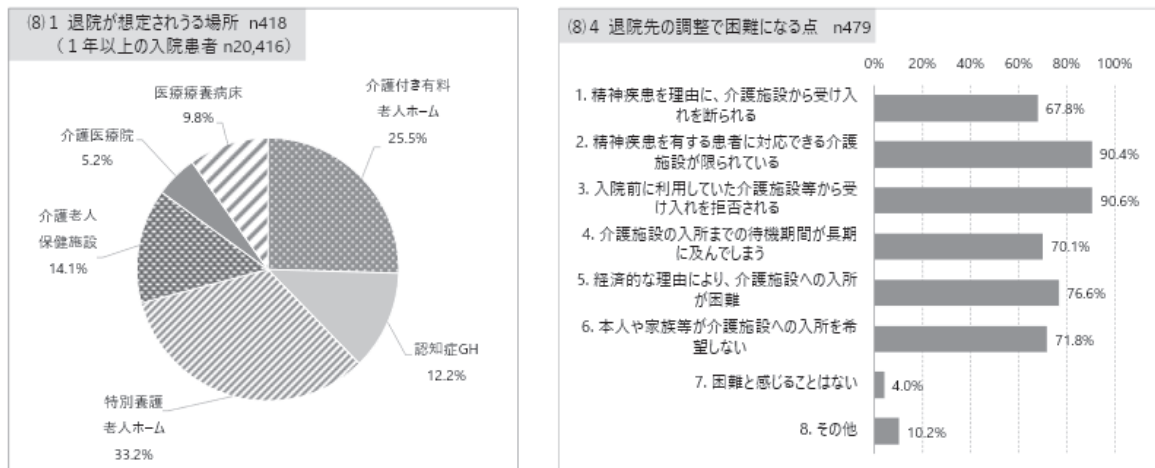
附. 高齢者の長期入院患者の状況について

本集計結果から、対象者は70歳以上、とくに80歳以上の高齢者が中心であり、女性の割合が高かった。入院期間では「1年以上2年未満」が22.1%で最も多く、「5年以上10年未満」(20.4%)、「3年以上5年未満」(17.5%)が続いている。一方、「10年以上」の長期入院は合計26.5%に達し、4人に1人以上が長期にわたり病院で療養している。

要介護認定では「未認定・非該当」が62.2%と過半数を占めるが、要支援および要介護1~5の認定を受けている患者も37.8%存在する。特に要介護3以上の中等度から重度の患者は約2割を占め、医療と介護の両面での支援が必要な患者層が少なくない。入院患者には長期療養者と介護ニーズの高い患者が存在している。



退院が想定される場所は、特別養護老人ホームが33.2%で最も多く、次いで介護付き有料老人ホーム25.5%、介護老人保健施設14.1%、認知症グループホーム12.2%であり、退院先の中心は医療機関ではなく介護施設であることが分かる。一方、医療療養病床や介護医療院といった病院機能を有する施設は少数にとどまっている。退院先調整で困難となる点としては、精神疾患に対応できる介護施設が限られていること(90.4%)や、入院前に利用していた介護施設等からの再受入れ拒否(90.6%)が特に多い。加えて、経済的理由による入所困難、待機期間の長期化、本人や家族が介護施設入所を希望しないことなど、医療以外の社会的要因も大きな障壁となっている。困難を感じないと回答した割合はわずかであり、退院調整は構造的に難しい状況にある。



6. 入院・退院支援の問題点・工夫点（自由記述）

入院・退院支援における主な問題点および工夫点について、全国の都道府県から 295 件の報告が寄せられた（別表）。都道府県別にみると、東京都、福岡県、神奈川県、千葉県、広島県などで報告数が多く、支援体制や連携に関する具体的な課題・工夫が数多く示されていた一方、報告数が少ない県も存在し、地域間で取組状況や課題の可視化に差がみられた。

項目別にみると、「入院時に関すること」59 件、「入院中に関すること」77 件、「退院時に関すること」64 件と、入院から退院に至る情報把握に関する課題が多くを占めていた。また、「退院後の生活支援」27 件、「退院支援体制」27 件、「地域援助事業者」14 件、「診療報酬に関すること」17 件、「その他」10 件が報告され、退院後を見据えた支援や連携面での課題も顕在化している。

調査結果には、身寄りのない患者や高齢単身者の入院および退院に関する支援を行っている事例が多数含まれている。これらの事例には、身元引受人や同意者の確保が困難なケースが存在した。医療保護入院に関しては、同意者の確認及び同意取得、関係書類の作成、家族への連絡、行政機関との連絡調整が行われている事例がある。同意者が不在である事例や、同意取得までに時間を要している事例がある一方、入院前又は入院初期の段階から、退院に関する対応が行われている例もある。

入院中には、退院を見据えた対応として、家族又は関係機関との連絡調整及び情報共有が行われている事例がある。調整の対象としては、市町村、福祉事務所、地域包括支援センター、相談支援事業所等が挙げられている。

退院に際しては、福祉サービスの利用調整、住まいの確保、退院後の生活に関する調整が行われている事例が含まれている。グループホームや居宅サービス等の利用調整が行われている事例が含まれる一方、住まいが確保できない事例や、調整に時間を要している事例がある。これらの対応については、入院中から関係機関との連絡調整が行われている。

また、入院から退院までの過程において、行政機関や福祉関係機関との連絡調整を医療機関が行っている事例が含まれていた。

入院・退院支援業務は、精神保健福祉士等が担当している医療機関が多く、専従ではなく、他業務と兼務して対応している事例が含まれている。担当職員が複数のケースを同時に対応している事例が多くある一方、院内において担当職員を定め、複数職種が関与し、情報共有が行われている事例もあった。

入院・退院支援における主な問題点・工夫点

項目/ 都道府県	1.入院に 関すること	2.入院中に 関すること	3.退院時に 関すること	4.退院後の 支援に 関すること	5.退院支 援委員会に 関すること	6.地域援 助事業者に 関すること	7.診療 報酬に 関すること	8.他	計
北海道		4	2	1	1		2		10
青森県	2	3		1	3				9
岩手県		1	1		1				3
宮城県		2	1	1				1	5
秋田県	1	1					1		3
福島県		3	1	1	1				6
茨城県	2		1	1					4
栃木県		2	2		1				5
群馬県	1		1	2	1		1		6
埼玉県	3	2	2	2		1			10
千葉県	2	6	1	1	3	1			14
東京都	9	9	7	6	4	4	4	2	45
神奈川県	1	3	4	3		2	1		14
新潟県	1	1							2
富山県			1				2		3
石川県		4	1	1	1	1			8
長野県	1	1	3		1	1			7
岐阜県				1					1
静岡県	2	1	4					2	9
愛知県	4	4	1			1	1		11
三重県	1								1
滋賀県			1						1
大阪府	2	2	3		1		1		9
兵庫県	2	1	2		1			1	7
奈良県	1	2						1	4
和歌山県			1						1
鳥取県						2			2
島根県	2			1					3
岡山県	3	1	1	1	1				7
広島県	3	6	3	1	1				14
山口県		1	2						3
徳島県	1	1	2	1	1				6
香川県	2	1							3
愛媛県			1						1
福岡県	3	4	5	1	2	1			16
長崎県	3	4	2				1		10
熊本県	6	1	3		1		2		13
大分県	1	3	2					2	8
宮崎県					1				1
鹿児島県		2	3		1		1	1	8
沖縄県		1		1					2
総計	59	77	64	27	27	14	17	10	295

精神科医療における「入院前～入院中～退院・退院後支援」に関して、全国の現場が抱える問題点と実践的な工夫を整理した。

身元保証や同意者確保、身体合併症対応、退院先不足、地域連携、事務負担増などの課題に対し、情報シート整備や早期連携、ピア支援等の取り組みが示されている。

項目	問題点（支障を来している点・改善すべき点）	工夫していること
1 入院に関すること	身元引受人・医療保護入院の同意者探しが困難（単身・高齢・疎遠増）、行政・関係機関側の制度理解不足、身体合併症の受入・転院先確保が難しい、緊急度判断がずれる、家族が入院希望に偏り退院に消極的、手続き業務がPSWに集中、外国籍で聞き取り困難など	事前情報収集の徹底／早期から行政と調整（市町村長同意等）／受入可能範囲と急変時対応を事前協議／情報シート（共通様式）整備と窓口統一／ベッド受入会議・空床確保／家族へ丁寧な説明・書面活用／書類簡略化・押印廃止／翻訳機・英語問診票導入等
2 入院中に関すること	身寄りなしで金銭管理・緊急対応・退院調整が滞る、成年後見等の手続き増で負担、遠方入院で地域支援者が関与しにくい、長期入院で本人・家族が退院を望まない、他科受診付き添い等が困難、治療や経過の情報共有が難しい、行動制限のマンネリ化など	司法書士・弁護士と連携し後見・死後事務等を整備／行政・支援者と早期連携／電話・FAX・郵便・オンライン面談活用／長期入院者向け院内プログラム・SST・デイケア体験／ピア支援や訪問支援事業導入／介護タクシー等の活用／患者参加の委員会で行動制限最小化等
3 退院時に関すること	退院先（病院入所・GH・住居）が不足、認知症・高齢・身体合併症で受入拒否や調整長期化、サービス決定の遅さ（区分・調査・申請）、住居喪失や保証人問題、総合病院→単科病院転院の診療報酬上の課題、リハビリ先不足など	早期から病院状況確認・複数申込／地域援助事業者と日常的連携・会合参加（顔の見える関係）／広域（県外含む）で受入先探索／住居支援プロジェクト・理解ある不動産との連携／退院支援委員会で困難事例共有／措置退院支援事業の活用等
4 退院後の支援に関すること	退院後すぐ再入院依頼（環境調整目的含む）、自殺企図の増加・再企図、単身生活の継続支援不足、訪問看護や福祉サービスの本人拒否、ヘルパー必要性が自治体に理解されない、支援引継ぎ先不足で病院側負担増など	クライシスプラン作成・情報共有／自殺再企図防止のアクセスメントと退院後フォロー／退院前訪問・退院前カンファで家族・支援者と共有／多職種で自治体へ必要性説明／地域連携パス（「暮らしの輪」等）で支援者整理／病院が住居仲介・管理し生活課題を伴走支援等
5 退院支援委員会に関すること	手続き過多で形骸化、日程調整・期限管理・書類作成が負担、家族参加が少ない、本人参加で症状悪化する場合、後見人の書類提出負担、更新制で業務量が急増など	本人参加を原則に目的を明確化／院内マニュアル整備・日程調整ルール統一／管理表（Excel等）・アラートで期限管理／主治医単位でまとめて調整／事務職や病棟との業務分担／バス（工程表）で多職種管理／不穏時は処方調整等
6 地域援助事業者に関すること	事業所の支援力差・マンパワー不足、法改正の理解不足、委員会参加の負担感、計画相談員不足、自治体が協力的に消極的、困り込み的な事業所との調整が難しいなど	PSW研究会等で情報共有／必要時に会議参加費の支払い（事業活用）／見学受入で病院理解を促進／地域会議へ継続参加し関係構築／自治体へは地域事業者から働きかけてもらう／定期会議で本人理解を深めてもらう等
7 診療報酬に関すること	専従要件が厳しく人員活用が難しい、支援が点数化されにくい、包括で評価されない／出来高算定できない項目がある、改定で算定条件が厳格化し減収、上限設定で集中支援が評価されにくい、身体合併症対応の負担増など	外来・病棟で支援が途切れない工夫（顔合わせ・情報共有）／長期化症例は転院調整でマネジメント／算定を意識した院内連携体制づくり／療養生活継続支援加算等の活用検討／経費削減など経営面の工夫等
8 その他	退院後も病院が中心に関与せざるを得ない、部門間で支援が分断し非効率、措置入院等で住所地が遠方・行政支援が弱い、後見（市町申立）が進まない／断られる、偏見差別で地域生活が不安定、戸籍問題など制度外の複雑事例	病院側でGH等を選別し研修要望／多職種・管理職を含む横断会議で一体支援／オンライン会議で遠方自治体と連携／役割分担を明確化し病院が抱え込まない／地域活動参加で偏見低減／特例的制度活用を関係機関で協議等

1.入院に関すること

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	単身高齢者の増加などもあり、入院時に保護者を探すのに時間を要し精神保健福祉士の負担が多くなるケースが増えた。	相談時から、関係機関からの情報収集を図り、役所との市町村長同意の調整などを早めに行うようにしている。	青森県
2	入院のための紹介で受診したものの、本人や家族はそのつもりがない場合がある。	事前にご本人やご家族の理解を確認する。	青森県
3	入院時に医療保護入院の同意者や、身元引受人を探さなければならぬことで、精神保健福祉士の負担は大きい。身体合併症の方の受け入れの対応の際、対応できない場合もあり、次の受け入れ先の確保が難しいことも多い。また、かかりつけ医の情報提供書が必要となり、急な入院受け入れが難しい場合もある。		秋田県
4	身体合併症の患者を転院にて受け入れた後、精神科単科病院では身体管理が難しく再転院となってしまうことがある。	先方から相談があった際は精神科単科病院で対応できる範囲を具体的に示している。また身体的急変時の対応についても事前に協議している。	茨城県
5	家族が入院させてほしい、と退院に消極的で協力的でない。	・電話相談ができない時には書面を家族に送って内容を確認してもらう。その後必要があれば電話もする。 ・病院全体でも協議してもらう。	茨城県
6	入院時の手続きを精神保健福祉士が行っており、時間を要するため負担となっている	書類の簡略化(押印廃止)	群馬県
7	入院相談時に入院中の協力者を確認しているが、中には、身寄り無しや身寄りに協力者がいないケースが増加している。相談者へ見つけて頂くよう依頼するが困難なケースがある。	当院の精神保健福祉士が、可能な限り協力するが負担は大きい。関係者に依頼するも拒絶されることもあり病院で抱えることも多い。問題である。	埼玉県
8	一般化病院、施設、行政等より入院相談を受ける際、『医療保護入院の同意者』に関する知識が乏しい。家族等がいるが、『疎遠だから』の一言で終わってしまうことがある。	丁寧に精神保健福祉法を説明し、詳細な聞き取りをすることを心がけている。	埼玉県
9	精神科単科の病院では高齢者の身体合併症の治療が困難なため一般病院に転院せざるを得ないケースが多い。	家族の意向に沿うように対応。	埼玉県
10	特に高齢者に多いケースで、ケアマネージャーが本人や家族の意向を十分に確認せず、入院を希望することがある。	入院希望の背景にある困りごとの整理や入院以外の解決方があるか等。それでも解決されない場合、最終手段としての入院を検討することで、地域の支援者も家族も治療後のステップを前向きに考えてもらいやすい。定期的な外来通院で解決するケースも多い。	千葉県
11	入院依頼があった時、緊急性が分かりにくい場合がある(かかりつけ医は緊急性低いと判断するも、当事者・家族は急いでいることがある)	日頃からベットコントロールで空床確保に努めている。早めに受診できるように調整している。	千葉県
12	入院にあたって、事前に確認しなければならないことが多岐にわたる(患者・家族の意向、支援者、経済状況等)必要な情報を得ることを限られた時間でこなさなければならない	確認事項を明確化し、抜けの内容にしている	東京都
13	入院相談を受けてから、入院日まで時間を要することがあり、「今、困っている」患者様、ご家族にとって時間的負担が大きい。	毎日、ベッド受入会議を行っている。また緊急入院相談は会議を待たず即時、受入を検討している。	東京都
14	身体疾患で総合病院に入院する患者の中には精神科での治療が必要な患者が一定数いるが(アルコール依存症など)、患者および家族が精神科受診を拒み、治療に繋がらないことがある。	月1回、精神科の医師・看護師、薬剤師、PSWが総合病院の内科外来に出向き、実際に患者と会って精神科医療に繋げる取り組み(鳥山版架け橋モデル)を実践している。	東京都
15	入院前から退院後を想定し、家族と打ち合わせをしているが、入院後に家族が意見を変えて、当初の予定通り施設へ退院させられない現状がある。	入院中、面会に来た際などに退院後の計画にズレがないかどうかを確認するようにしているが、別の家族が突然登場し、意見がまとまらないケースも少なくない。	東京都
16	入院の相談は、時間帯や依頼元の違いによって対応する窓口が異なる。院内で多くの部署が関わることで、依頼された情報に対する理解度、必要な情報の取り方、共有すべき情報の質などが一律ではなかったため、医師が判断に窮することがあった。	全窓口共通の内容の情報シートを作成した	東京都
17	曜日で判断する医師が異なるため、その日その日で判断も異なることが多くあった。	後日の予約入院など、依頼当日の入院の決定や判断が必要でない依頼、特に精神科からの転院依頼は診療部長の判断に一括した。	東京都
18	入院の受け入れについては、時としてたらいまわしになったり、多くの情報を聞くために時間がかかり、迅速でスムーズな受け入れができない時があり苦慮していた。	即日に入院を希望する患者は、迅速に対応するため、入院病棟の医師が直接相談に応じ、その場で受け入れの決断をしており、本人や家族からの相談など、丁寧に聞き取りが必要な方は、SWがお話を伺い、双方のニーズを見たるよう工夫している。	東京都
19	金銭問題を抱え、身体加療が不安で個室に同意するが退院時に支払いをしない家族が多い。	医療安全の対応 補償会社を使用している。	東京都
20	精神科関連の事件を理由に、精神科病棟に対する恐怖感を訴えて入院に踏み切れないという患者・家族が散見される。	病棟看護師が外来に赴いたり電話するなどして入院生活の案内をしており、病棟見学も推奨し、病棟の様子を知ってもらうようにしている。	東京都
21		入院時に退院後生活環境相談員の役割を説明する際、「入院治療にどのような希望や期待があるか」を患者家族へ伺っている。意外に誰も聞いていない。	神奈川県

22	病棟は2階建てだが、2階に行く手段が階段のみ。高齢の方の相談もある中、階段昇降に支障をきたす方だと2階の利用ができず、有効利用ができなかった。また、個室がなかった。	病棟の環境改善、2階の病床数の見直しをして、1階に多床室を作ったことで、2階の利用に支障をきたす方の入院相談を受けやすくなった。また、個室や2人部屋が増えたことで、高齢の方だけでなく、60歳未満の入院相談にもつながっている。	新潟県
23	前医から未納があり、当院の支払目的がたまたま、家族等の支援者はいない場合、精神保健福祉士がどこまで介入すべきか。本人の収入や預金等の経済状況をどのように把握するか。	入院受け入れを調整している部署に事前にアセスメントしてもらうようにしている	長野県
24	急性増悪で入院した時に資産無く、生活保護を申請しようとしても病状や本人の意向が分からないことを理由に申請を断られることがあり、入院費や療養に必要な費用が困ることがある。	MHSWが状況を細かく伝えたり面会に来てもらったりを図り、生活保護担当課にも一緒に考えてもらうよう尽力している。	静岡県
25	自傷行為、自殺企図を繰り返す人の対応にどの人も対応に苦慮し、治療へのアクセスも簡単ではない。	年に1度、圏域内の総合病院を医師、看護師、精神保健福祉士で訪問し、情報交換を実施している。	静岡県
26	特に高齢者などは、入院直後に身体合併症が発見されたり、発症することがあり、総合病院への転院を余儀なくされる場合がある。	入院の相談時に、身体科のデータ（血液、画像など）を事前に診療情報提供書として依頼し、当院の内科医にチェックしてもらって総合的に判断している。	愛知県
27	低年齢、身体管理が必要な事例においては、受け入れが困難となる事例が多い。緊急時の対応等が困難で、入院後間もない状況で転院調整を行う事例もある。入院前スクリーニング等の実施を試みている。	受診前相談の聞き取りを丁寧に実施している。当院独自の情報シートを作成し共有。クリニック対応用、児童相談所シートがある。児相用シートについては、先方と同じシートを共有し、対応時にはお互いが手元にシートを持ち対応する。精神保健福祉法と児童福祉法の内容をシートに盛り込んだ。	愛知県
28	成人発達障害の確定診断による専門外来を設置している。予約がすぐに埋まってしまう状況であるため、成人発達アセスメント入院、2泊3日を実施しており、非常に好評である。毎月利用者が一定数ある。ただし、発達障害の認定後のアフターケア、地域へのつなぎの部分が課題である。	受診相談後は、複雑な事例や、退院支援がより必要である事例については、医師、認定看護師等と多職種によるアセスメントを実施する。その情報を入院時にも提供し、入院相談チームと受け入れチームで情報を共有する	愛知県
29	圏域の精神科医療機関（クリニック含む）の全てが予約制にしており、当院のみが予約制にしていない。そのため、曜日や時間など関係なく入院依頼があり、ベッドが満床でも来院してしまい、他の受け入れ可能な医療機関を探すことが多々ある。患者や家族もたらい回しになってしまう。	圏域の精神科医療機関（クリニック含む）はじめ、その他の関係機関に、入院相談は事前に電話でベッドの空き具合など確認してもらうようお願いをしている。	愛知県
30	病院（精神科単科）に定期通院していると言う理由で、身体的不調（発熱）時でも入院の依頼がある。	状況に応じて入院時に一般科へ紹介。もしくは入院中に悪化した際に転院の調整。	三重県
31	警察や保健所などの公的機関からの急ぎの入院依頼を当日に受け入れた時に、事前情報と違う事が多々あり同意家族への対応や支払い面での調整が多く必要になり精神保健福祉士の負担が大きい事がある。	当院では、精神面だけでなく生活歴や家族歴などあらゆる面からの情報収集を行うようにしている。	大阪府
32	警察や保健所などの公的機関からの依頼のなかで、著しい自傷・他害があると思われる方でも措置診察に上がらない事がある。市や区によって基準がバラバラなので来られてから対応に困ることがある。	措置入院が必要ではないかと思ったケースに関しては、なぜ措置に上がらなかったのかを質問するようにしている。	大阪府
33	行政や入所施設で対応しきれない患者様に関して、精神的な理由により必ずしも入院の必要性がないにもかかわらず、一時的な居場所として入院を選択肢とされ、相談される。	来院頂き精神的な入院の必要性を丁寧に伝える。入院したとしても相談元の支援者と、早期に退院に向けた調整を行うことを事前に承諾を得るようにする。	兵庫県
34	本人、家族の希望がないのに、ケアマネ、市包括が入院を押し進めて、地域で少しでも問題がある認知症患者を入院させようとする。	本人、家族の意向を傾聴し、本来のニーズを把握する。	兵庫県
35	単身者のため入院必要物品の調整や管理に苦慮する		奈良県
36	地域柄、高齢化が進んでおり認知症患者の割合が増加している。急性期治療病棟でなければ対応しきれない状態の方もあり、施設基準となる3ヵ月以内での退院というのが難しい場合がある。	日頃から顔の見える関係性作りに努め、院内外の地域援助事業者との連携強化を図っている。	島根県
37	圏域には、単科の精神科医療機関が多く、身体合併症の急性期治療を終えた患者を受け入れる精神科医療機関がない。	当院は一般科も有しているため、可能な限り身体合併症のある患者の受け入れを行っている。	島根県
38	市長同意による入院の場合、経済的対応、療養相談、退院支援等において、実質的な関わりや相談ができる家族がいないため、病院として対応に困ることが多い。	成年後見制度の利用を検討し、担当の精神保健福祉士が書類等準備し申請している。	岡山県
39	県内に精神科閉鎖病棟を有する総合病院がほとんどなく、県内の合併症事例（周産期、がん関連、自殺企図後、透析症例、薬剤性無顆粒球症、重症の摂食障害など）を一手に引き受けているが、重症症例を見ることができ病床が数床しかなくケアマネジメントの負担が非常に大きい。	可能な限り身体的な治療は総合病院身体科で、精神的な治療は単科精神科病院で引き受けてもらうよう連携を強めている。	岡山県
40	身元不明者、金銭的困難、キーパーソン不在、触法事案、虐待（児童、障害者、高齢者）、外国人、等々、他院で受け入れを断られるような入院時から心理社会的介入を要するケースが多く入院する。	外来看護師や対応医師と密に連携し、早期にケースワークを開始できる体制をとるようにしている。	岡山県

41	入院時の手続きは、入院形態に関わらず精神保健福祉士が担っているが、入院件数が多く、事務的作業量が増加し負担となっている。また連帯保証人参加を2名依頼するなど手続き完遂までに事務作業が煩雑となる傾向がある。	入院申込書の内容を簡素化するなど患者や家族にも負担のない内容に見直した。業務量の軽減にはならないが、予定入院者には入院前支援として、精神保健福祉士が費用説明、家族状況の把握、必要な関係調整、連帯保証参加の促しなど経済面や家族関係など早期介入することで未収金対策や困難事例化の予防に繋がっている。	広島県
42	身寄りのない方や家族と疎遠、関係不良、虐待事例の患者が増えており、市町村長同意を得て医療保護入院となるケースが増加している。	入院相談時（医療に繋がる前）から、行政（保健師等）と連携し関係者で話合うことができている。応急入院後も、市長同意や成年後見市長申立など手続きが円滑に行える関係が構築されている。中には、保健師が度々家族宅に訪問してくれて、家族の同意が得られたケースがある。	広島県
43	救急対応の機能をもたない医療機関において救急病院の協力は大変重要であるが、対象患者が未成年の場合、受け取れないことが多い。かかりつけがある場合も同様に、救急や夜間に受け入れてもらえない現状がある。	家族からの連絡に留まらず、医療機関同士の連携、当院で受け入れることを約束した上での入院依頼をすることで、中には受け取ってもらえるケースもある。	広島県
44	身体疾患の状況によっては受け入れに慎重にならざるを得ない部分があるが、受け入れに時間を要することで苦情に繋がってしまうことがある。	接遇面に気をつけている。時間を要する場合は丁寧な説明を心掛けている。	徳島県
45	入院時に連帯保証人がいないケースがあり、入院がスムーズに行えないケースがある。その日に保証人が決まらず精神保健福祉士や事務員の負担が大きい	入院より役が入った時点で連帯保証人を探していただくようにしている。未収金対策につながる	香川県
46	生活保護受給者で身寄りがいない場合、精神保健福祉士の負担が大きい。生保、包括支援センター、社会福祉協議会の協力が得られないことが多い。	入院相談の時点で患者、関係機関の重要人物を確定し積極的に関わってもらうようにしている。	香川県
47	すぐに入院したい、させたい本人や家族と、すぐには入院させることができない病院や医師との間に挟まれ精神的な負担が大きい	調整がスムーズに進むよう日頃からスタッフとの関係性を築くようにしている	福岡県
48	全国的に児童思春期をみている病院の多くは中学生までと受け入れの門戸を狭くしていることが多い。未成年患者の地域における支援体制は児童相談所が中心とならざるを得ないことが多く、その介入が為され辛い高校生年代以降の患者の受け入れが困難になるという理由があろうと推測される。支援体制が整わず、援助交際その他の犯罪に巻き込まれていくケースも少なくない。受け入れ先がなく、当院に一極集中しがちなので、県立・国立などの医療機関は、こういった年代こそ積極的に受け入れを行って欲しい。	法人自前で住居を用意するなどし、「地域生活支援システム」と称して、退院後の総合的なサポートシステムを構築して退院支援にあたることで入院受け入れを比較的容易にしている。また顔の見える関係構築のため、年に1回福岡県域の教育、医療、行政、警察、地域事業所などに声をかけ「地域みんなで子ども・子育て支援を考える」と題してセミナーを開催している。	福岡県
49	入院時に入院手続きや入院保証金、日用品費など説明しており30分から1時間かかる。	入院手続きがすぐ出来るように手続きファイルを持っている。	福岡県
50	高齢の認知症の患者様の入院相談が多く、高齢なので何かしらの身体疾患を持っている。精神科単科だが、内科疾患もみないといけない状況である。内科疾患について他院で治療がひと段落し、症状が落ち着いていれば受け入れている。	常勤の内科医師が身体症状について、対症療法的にみている状況である。急性期の疾患・症状については他科受診している状況である。入院前にできる限り、内科疾患治療状況の情報収集に努めて、院内で受け入れ是非の検討を行っている。	長崎県
51	後見人も保証人もいない方の入院。	社協などに相談しながらその都度対応している。	長崎県
52	キーパーソン（連帯保証人）がおらず、行政の関わりもなく本人も判断能力が低い方の入院調整。	成年後見制度やその他の社会資源を活用できないか検討している。	長崎県
53	県内には、身体合併症に対応可能な救急病院が極めて少ない状況がある	当院では、身体合併症患者の受け入れを積極的に行っており、初療より精神科と身体科で併診することも珍しくない。また入院後は精神科リエゾンチームでフォローアップを行ったり、精神科病棟への転棟など、柔軟な対応を行っている。精神科医師や看護師のみならず、公認心理士や精神保健福祉士なども配置している。	熊本県
54	自殺未遂者及び既遂者対応は、対応できる医療機関が限られている。	当院では、自殺未遂者に対し、通常の介入や治療に加え、以下の3つの支援を行い、再企図防止に努めている。1救急患者精神科継続支援の実施（入院中に心理教育や個別面談を行い、原則退院後6か月間の面談や連絡など行う）2熊本市ころといのちの支援事業導入（入院中に行政職員との合同面談を行い、退院後の支援者とのつなぎを行う。その後の通院援助や生活指導など、院内外支援者と連携して行っている）3熊本県弁護士協会のベッドサイド法律相談の利用（自殺企図の要因が離婚問題や債務問題、労務問題など、法的対応を要するような場合に、県弁護士協会と連携を図り、入院中の無料法律相談を行う）また、既遂者家族には搬送後ただちに面談を行い、受容や傾聴。その後フォローを提案し、同意が取れた家族にはフォローアップレターを送っている。	熊本県
55	行政や関係機関から帰来先がなく、身寄りやサービス未導入の方の丸投げ状態。	入院相談時に生活基盤や生活背景の確認を行い、行政や関係機関と今後の治療協力と役割分担を依頼している。	熊本県
56	外国籍の方の受診相談も多く、言語による聞き取りが難しい。	翻訳機の導入。ホームページに英語の初診問診票の掲載し、メールでの受付を行っている。	熊本県

57	施設入所中の患者について、身寄りがない、或いは入院に関して家族の協力が得られない等する場合、入所中の施設の協力は不可欠。長年施設入所し、家族状況を把握しているにも関わらず、成年後見制度の活用などしておらず、入院が必要な状態になってから、キーパーソン・身元引受人などの問題が生じることがある。入院後、状態がなかなか改善せず、入院が長期化すると、キーパーソンなどの問題が解決しないまま、施設の退所期限を理由に、施設は手を引き、後の対応を丸投げされてしまうことがあった。	入院前に、施設の責任者、家族も含めて来院してもらい、必ず入院前の面談を実施するようにしている。面談にて、入院後の治療方針、入院中の協力、支援について、また入院長期が予想される場合、金銭管理の問題、身元引受人の問題なども含め、問題が解決するまでは最後まで施設に責任を持ってもらうこと、施設だけでは対処が困難と思われる場合は、地域の行政機関などにも声を掛けるなどして、責任・役割を分散させ、一カ所に負担がかかり過ぎないように配慮しながら入院について調整を行っている。	熊本県
58	身近で、治療中のお世話を積極的に協力できる家族が少なく、いても理解・判断の力が乏しい。入院手続きには精神保健福祉士が携うが、業務が忙しく逼迫する。	できるだけ多くの親戚情報・連絡先を記録しておく。入院手続きや説明には複数人であたるようにしている。	熊本県
59	入所施設・一般科病院から家族に状況は説明し、精神科受診・入院の必要性について十分理解してもらっているとのことだが、診察に同席した家族が平時の実際の様子を聞いて「信じられない」と動揺する、受診だけだと聞いていた等の食い違いが生じることがある。	入院希望の入院相談の際には、精神保健福祉法での入院について伝え、本人もしくは家族からの同意がなければ入院が成立しないことを伝える。場合によっては家族から直接連絡をもらうようにし、当院の環境についても直接伝えるようにしている。	大分県

2.入院中に関すること

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	身寄りのない患者が入所していた施設が、入院を機に受け入れ拒否することが多く、中には、本人・病院にも何の連絡もなしで退去手続き・荷物を倉庫に預け済みだったケースもあった	生保の場合は保護課と連携し、情報を確認・共有する。早急に成年後見市長申立て申請し、様々な問題の整理を図る	北海道
2	身寄りのないケースの場合、今後の金銭管理、身元保証人の存在、緊急時の対応などで退院調整に支障来す場合がある。	司法書士や弁護士など専門家と連携し、患者と相談の上で成年後見制度申し立て手続きや死語事務委任契約手続き等を行い、次の受け入れ先（療養、介護系施設）が対応に困らないようにすることで円滑な調整に繋がっている。	北海道
3	病院が患者の住所地から遠く、患者の住所地で支援を行っている支援者からは、入院時の対応や退院支援委員会への参加が難しいと告げられることがある。地域資源が少ない地域は退院先等の選択肢が少なく、遠方（転院）も視野に入れ、退院に向けた支援を行う必要がある。	支援者等とは日頃から電話・FAX・郵便等を活用し、こまめに連絡を取り合うなど連携を図るよう努めている。患者の退院後の暮らしに向けて、選択の幅がより広がるよう、日頃から近郊の地域資源等を把握できるよう努めている。	北海道
4	長期入院患者は、退院意欲も低くなり家族も入院の方が安心、と退院を希望しないことが多々ある。	退院意欲の喚起をするために、1年以上の長期入院者を対象に、多職種で構成した院内プログラムを提供している。その中には、退院後の生活がイメージできるような体験プログラムや、自身の病気、障害について振り返るようなグループワークを行っている。	北海道
5	入院後から開始される退院支援・調整に関して、患者の社会資源利用状況や申請状況、期限の管理、更新等において十分な管理ができておらず、退院支援や調整を進めていく段階で期限が切れていたり、申請がされていなかったり等の事象があり、円滑でスピーディーな退院支援・調整に支障が出ることもある。	退院支援や調整含め、社会資源の管理等において、地域連携室またはSWとコンスタントに情報共有を行い、看護部からも積極的に社会資源等の管理等に関与している。介護保険や障害福祉サービスに対して看護師もより専門的な知識を有し、SWと連携を図ることで、より円滑な退院支援や調整を図ることができる。	青森県
6	身寄りのない方が少しずつが増えており、成年後見の手続き件数が増えている。施設に行く場合、後見人等が決まらないうと入所できず、入院期限を超える場合がある。（ご本人の病状は落ち着いているのに）	ケアマネジャー、包括支援センター、市役所など関係機関と早期に連絡を取り合い、手続きを早めに進めるくらいしかやれていない。	青森県
7	身寄りがない患者が入院した場合、支援者不在のため、家賃や光熱費等の支払いが滞ることがある。	患者の状態に応じて、精神保健福祉士が支援している。	青森県
8	ADLの低下に伴い、自身で手続きできていた事が出来ず、かつ身内もいない方の対応	成年後見制度も日常生活自立支援事業も対象外といわれた際、病院のスタッフが手続き支援を手伝っている。	岩手県
9	退院に向けて支援をしようとしても、金銭面や手続きの多さからご協力頂けないご家族がいることがあり、説明、促しに苦慮する。	相談支援事業所など、ご家族への支援をして頂けるところを探し、サポートに入ってもらい、協力してもらっている。	宮城県
10	長期入院者や居所がない、家族の協力も得られないケースなどに、地域生活に興味・意識を向けてもらう事に苦慮する。	院内のプロジェクトチーム（慢性重症）で退院促進に向けて話し合い、共有している。成年後見制度の活用や、地域支援者に院内で地域移行普及啓発活動の活動（座談会など）をしてもらい支援している。	宮城県
11	長期入院者の受け入れ先が少ない。グループホームの入所等があるが、日中活動が出来ない場合は対応が難しく、退院できない。		秋田県
12	単身生活の措置入院患者や34条移送による医療保護入院の患者で警察に保護された経緯のまま移送されて入院になることから、日用品や洋服、金銭などを一切持ち合わせていない状態で入院となるが、病院にて対応せざるを得ない状況がある。行政機関が人権擁護の観点から責任を持っていただきたい		福島県
13	地域生活に戻るという構図にもかかわらず病院主体でカンファレンスが開かれたり、連携や退院支援が行われることが多い。地域援助事業所が積極的に病院に介入して地域生活に戻すスタンスを取って頂きたい	入院時に地域支援者と連絡を取り、面会や面談を設定して入院当初から巻き込んで地域に戻る患者であることを意識いただけるようにしている	福島県
14	長期入院患者の退院支援において、患者自身が退院を希望せず退院支援が進まないこともあるが、患者が退院を希望しても家族の理解を得られず難航している。	定期的に家族との面会を行い、家族の理解が得られるよう心がけている。	福島県
15	長期入院患者様の家族に退院の話をすると泣くことが多く、入院継続を希望される。施設入所を提案しても入院費のほうがかかりからと拒否される。（高齢者に関して）	負担限度額認定証の申請について説明し、制度が利用できる施設を紹介している。制度の利用ができない方は、老人ホーム紹介センターに依頼し、本人の所得、状態に見合った施設を紹介してもらっている。	栃木県
16	本人・家族ともに病院がいいと入院の継続を希望し、施設申込などに繋げるとに苦慮することがある。	入院生活のメリット・デメリットについて提示し、話し合いを行う。	栃木県
17	他科受診が必要な際、基本的には、家族対応であるが、患者側・病院側双方で対応（付き添い）が、困難な場合、苦慮することがある。	有料ではあるが付き添いサービス付きの介護タクシーを依頼している。	埼玉県

18	長期入院者の退院支援を病院だけで対応するには負担が多い。	地域連携の一環で各地域と長期入院者の退院支援を考える場を定期的に開催。役割分担を行い退院支援を行っている。退院支援だけに限らず長期入院者への定期面会や外出などの対応もお願いし、そこから退院意欲の向上につとめている。	埼玉県
19	特に長期入院者や高齢の入院患者の場合、患者様もご家族様も地域移行よりも院内で長期的な入院を希望することが多く地域移行に至らない。	身体合併症や認知症の発症を機に、精神科単科の当院でできることとできないことを提示し施設や療養病院（内科など）への移行を提案している。	千葉県
20	クロザリル治療やm-ECTを必要とする患者様がいても、治療を受けられる医療機関が圏域内に無い。（1箇所あったが医師が少ない？都合で休止中。）遠方の医療機関からは退院後のフォローがしづらい事を理由に断られたり、反対に受け入れが叶った場合も、退院後の通院が難しいことを理由に患者様が治療を諦めるケースも。	遠方の医療機関へ依頼しています。他の地域の事情を知りたいです。当地域の危機的状況だと思っています。	千葉県
21	ずっと病院に居たいと思っている長期入院患者がおり、地域へ意識を向けてもらうことに苦慮することがある。	地域生活に向けた内容を盛り込んだSSTプログラムを運用しており、長期入院者の退院促進につながっている。	千葉県
22	認知症を含めた高齢者の退院後の在宅、施設サービスに関して入院中にどういったアプローチが必要か（看護であれば身体拘束解除の取り組み、精神保健福祉士であれば退院後の介護保険のサービスの種類、内容の知識不足）、不明确で在院日数が延びてしまうことがある。	看護師、精神保健福祉士を対象に法人内の介護保険サービス、老健、特養、通所サービス、居宅サービス、地域包括支援センターなどの機能の説明及び見学会を実施し、退院後のサービスのイメージができるようにしている。	千葉県
23	中間施設等から依頼を受け医療保険入院の対象となった知的障害、強度行動障害をお持ちの方々の退院調整に難渋します。個室での行動制限が長期化し、民間病院の回転率にも、包括への貢献度を下げています。地域移行にもなかなか乗せられず（手を挙げる地域補助事業者がいない）、精神科の個室を占拠しています。公立病院での一定数受け入れや行政の具体策を望みます。	行動制限の最少化は心がけていますが、治療反応には限度があります。	千葉県
24	退院後の受け入れ先（家族や施設）の意見が変わり退院先が無くなってしまうことがある。	家族や施設と密に連絡を取り合い、情報共有を行っている。	千葉県
25	ご本人の意向と周囲の意向が乖離しており退院支援に難渋する	医師、看護師、地域支援事業所等多職種、他機関を含め折衷案を模索しご本人、ご家族の納得のいく退院先を選定している。	東京都
26	長期入院患者への働きかけが不足すると退院支援が進まず、新たな長期入院患者を増やすことにつながる。	多職種合同で行うカンファレンスを活発に行い、長期入院患者への働きかけに工夫をしている。	東京都
27	入院が長期化していて、退院に不安を感じている患者に対して、動機付けを図ることに医療スタッフだけでは限界を感じる。	世田谷区長期入院者支援事業を入れて、定期的にピアスタッフとの面談を重ねて、同伴外出にも行ってもらい、関係性を築いて退院への動機付けをしてもらいGHへの退院をすることができた。	東京都
28	更生施設への退院を目指す方針で決まっている患者だが、生保担当がなかなか施設の申請をしない。見学同行も行ってくれない、退院支援が進まないケース。	入院者訪問支援事業担当者から直接生保CWへ申請を促してもらった。見学も訪問支援事業担当者が同行してくれて、スムーズに厚生施設へ入所できた。	東京都
29	入院中の治療経過・回復経過について、地域関係者と状態変化を共有することが難しく、スムーズな退院後のサービス調整が困難なこともあった。	実際に地域関係者に面会に来ていただけるよう、面会が可能な状態になった際には病院から一報するようにしている。	東京都
30	退院支援に関して看護も協力するという意識がなくすべてをPswが行っている。	作業療法室など一部の部署に協力を要請して退院支援を行っている。	東京都
31	精神科単価の病院の為、身体的な治療の対応が困難で転院の必要が頻回にあるが受け入れ先が精神科の病名を理由に受け入れ先がなかなか見つからず1日かかることもある。	近隣病院へのあいさつ回りなどは積極的に行って顔の見える関係作りをする努力はしている。	東京都
32	措置入院や医療保護入院など、非自発的な入院となった患者が、入院費や実費でかかる費用を担むことがある。	・病状の改善状況をみながら、改めて説明をする。 ・精神保健福祉士のみではなく、看護師や医事課スタッフなど、多職種で関わりを持ち、説明を行う。	東京都
33	措置入院など、行政機関等からの紹介により入院した患者について、事前の情報が乏しく、入院前から関わっている地域援助者や支援者を把握するまでに時間を要することがある。	・患者本人の居住地を管轄する自治体や、地域援助事業者へ問い合わせをする。 ・受診歴や入院歴がある場合は、その医療機関へ照会を行う。 ・患者本人の病状をみながら、面談時に聴取する。	東京都
34	様々な事情から身元引受人が不在の患者の諸手続きが滞り、退院支援が進められない等により、成年後見制度申請件数がここ数年増加した。申立人が不在の場合、役所へ相談するが、年単位で手続きがかかる場合もある。成年後見制度申請手続きにおいて、精神保健福祉士の負担が大きい。	必要書類の準備は精神保健福祉士で担い、他患者ですすでにお世話になっている司法書士などに相談することで安価で速やかに手続きを進められた。	神奈川県
35	市内の自立訓練施設が基本的には市内に住民票がある患者しか利用できないこと。それによって、退院先の選択肢が狭まり、遠方の施設まで支援をせざる得ないことがある。住所地の支援者に協力を求めても、支援いただけない場合は担当精神保健福祉士の負担が大きくなる。	ご家族、多職種の協力を得て支援を行っている。	神奈川県

36	電気治療、クロザリル導入治療目的の入院が多いので、その際には本人家族への説明のタイミングを見える化する必要がある。パスの作成が肝要と考える。	週1回の医師のチャートにてできるだけ出席し、SWの見解を伝え、患者家族の気持ちを代弁、心理社会的な状況の限界を共有し、医師、看護師等とチームで検討する。	神奈川県
37	環境変化が苦手であり、転棟含め、些細な変化から不穏になる事で入院長期化、行き先の検討が難しいことがある。		新潟県
38	入院時、医療保護入院が必要な場合の同意者探し。本人との関係性が希薄な場合の同家の迷い。虐待がどこまでを指すのか難しい場合がある。	地域支援者との連携 役所との連携	石川県
39	退院できる状態であっても、家族や支援者の反対があり退院支援が進まない。	本人との面会や主治医から病状について説明。看護師からの普段様子、精神保健福祉士から社会資源の説明等チームで支援している。	石川県
40	退院に向けて行政での各種手続きや身辺整理が必要な方について、家族等のキーパーソンがいない（又は非協力的）ケースの場合、PSWの業務負担が大きい。	院内（他部署）や関係機関と連絡を図り、業務分散しながら支援にあたっている。中・長期的な入院患者については予め成年後見制度の申立てを行うなどして対応している。	石川県
41	退院に向け医療・福祉サービスなどの支援に必要性を感じない（病識に乏しい）患者も多く、家族、支援者側、患者との意向に乖離が大きく、急性期の限られた期間に退院調整を行うことが困難な場合も多い。（暴力をふるう患者を家庭で受け入れられない、患者は家庭に戻りたい。GHは拒否など）	レクレーションや日々の面談を通して支援者との関係構築を目指している。また社会資源となるグループホームや就労施設などの見学同行などを行ったり、退院調整カンファレンスなどを実施して患者本人と家族、支援者間でニーズを共有できるよう働きかけている。	石川県
42	病院生活が快適で退院したいという意欲がわからない方がいる。成年後見を申し立てる際、経済的に余裕がないと市町村へ手続きをお願いするが、選任されるのに1年近くかかる。	地域移行支援等の活用 市町村への働きかけ	長野県
43	患者さんが医療だけでなく、生活・福祉課題を複数抱えていたり、世帯で同様に課題を抱えたりしていることが多く、治療導入や退院支援、外来治療の継続のサポートに苦慮することが多い。	精神保健福祉士は個別担当でなく、チームで担当、個別支援の後方支援も行う体制をとっている。	静岡県
44	長期入院患者の退院意欲が減退してしまっている	患者がグループで就労支援継続B型事業所やグループホームを見学するプログラムを行っている	愛知県
45	退院後の日中活動のイメージがつきにく	デイケアの利用が見込まれる患者を中心に入院中からデイケアプログラムを体験できるようにしている	愛知県
46	長期入院者の退院支援に関する情報を継続的に多職種で共有・集約することが難しい	万世紀退院支援データベースを作成し、退院支援に関する協議を行う際に利用する。必要な書類（議事録）作成に利用する	愛知県
47	長期入院の患者様については、一定数退院することができたが、現在の長期入院者は、退院の動機付けが難しい状況である。現在、ピアサポーターを導入することで退院意欲が上がったかを、年間を通してアンケート調査しているところである。	数年前より、ピアサポーターを定期的に招き、患者、スタッフで話を聞く会を設けている。ピアサポーターの語りの後は、病棟内にて各関係機関に来ていただき、相談ブースを設けている。患者様としては、退院前に相談ができるという好評である。 名古屋市の事業で、社会資源見学ツアーというものがあり、患者、家族、スタッフが一緒に地域の事業所に見学に行く事業がある。この事業を活用して一定数の退院者があった。	愛知県
48	・キーパーソンが不在・高齢・拒否などがあり、退院先の確認や環境調整、手続きが難しいことがある。 ・家族や退院先施設が遠方で通常の通常の退院調整ができないことがある。	・退院前訪問指導を活用し、SWが環境調整や外出同伴、手続き支援、地域支援者との引き継ぎ等を行っている。 ・ZOOMを活用し、施設面談を行っている。	大阪府
49	医療費を滞納している患者さん（ご家族）とのやり取りにおいて、患者さんやご家族のことをよく知っているのは精神保健福祉士であるが、表立ってやり取りしてしまうと、支援関係に影響が出る可能性もあり、対応が難しい	医療事務課や法人事務局に入って頂き、金銭的な対応と通常の対応を分けている。	大阪府
50	長期入院患者や入退院を繰り返す患者が退院への不安が強かったり、退院への意欲が低いことがある。（入院患者本人からの拒否や家族からの拒否）	法人内で雇用しているピアサポーターが病院訪問として入院患者の相談にのるなどピアと入院患者が関わる機会を少なくとも月1回作っている。 速やかに地域移行支援事業が利用できるように、各市町村の障害福祉課や保健所・精神科医療機関・社協・相談支援事業所・福祉サービス事業所などを委員とした協議会を作り、検討している。	兵庫県
51	単身者のため金銭状況の管理、退院後の住居などの環境調整や管理、合併症の対応などを病院ですることが多い		奈良県
52	医療保護入院者の更新について、精神保健指定医の業務量が増え、それに伴うコメディカルの事務作業の業務が増大し、業務が逼迫している。	院内患者様のデータベースを活用し、確認作業の効率化を図っている。	奈良県
53	治療方針や退院先の選定において、患者と家族の主張が合致しないことも多く入院期間が長引くことを余儀なくされる。	随時、治療チームによる検討会議や家族面談・本人面談を実施し、より現実的なプランニングができるよう努めている。	岡山県
54	5年以上の長期入院患者を中心に、退院促進に課題がある。	主治医や担当看護師、担当精神保健福祉士ではない、院内の多職種や法人内事業所の職員などが参加して個別ケースを検討する機会（合議体）がある。実際に治療や支援が難渋しているケースの主治医を変更するなど思い切った対応により、退院に向かったケースもある。	広島県

55	初回入院の患者が多く、入院治療がこれからどうなっていくのか、退院に向けて何をしたらよいかかわからず、漠然とした不安を持つ患者がいる。	入院患者が主体性を持って入院生活を送られるように、「入院の手引き」を作成し、全入院患者が手に取れるところに設置している。手引きには、治療の経過やリハビリ、心理教育や退院後の社会資源などについても記載されており、その時々々の治療経過に応じて必要な情報が得られる仕組みになっている。職員との面談時にも活用している。	広島県
56	入院中に退院後に利用する社会資源について患者さんがイメージが付きにくかったり、退院後にイメージと違って利用に繋がりにくい（中断してしまう）ケースがあった。	入院中に作業療法の延長に位置付けて、デイケア体験を行うことで、退院後の日中の過ごし方のイメージが沸いたり、実際に利用や利用定着に繋がっている。デイケア以外の事業所について病棟内のデジタルサイネージで紹介したり、体験利用など活用することで、退院後のイメージがつきやすく、利用がスムーズになっている。	広島県
57	独居、ごみ屋敷、家族が疎遠（キーパーソン不在）のケース有り。療養以外の住居、経済的問題などへの事務的処理・手続きが多い。	行政や地域の事業所への相談、可能な範囲での役割分担を行っている。	広島県
58	長期入院を希望する患者や家族が多くいる事。	長期入院が難しくなっている現状を説明し、施設入所等を促す。施設、介護・障害福祉サービスの窓口を紹介する。	広島県
59	病院にいたることが安心で、当然のこのようになっている長期入院患者もいる。健康的な思考の中で選択肢を増やしてもらうために工夫が必要である。	病棟の作業療法の時間を使用し、病院外でも似た環境の中で安心・安全に過ごせる施設や福祉サービスがあることをパワーポイント等を使用して情報提供した。	広島県
60	入院中に身体合併症が発症した場合、受け入れの調整に時間がかかることがある。	連携病院との連携強化 ・週1回のリエゾン ・入院依頼に速やかに対応する 連携病院以外 ・転院時に看護師が同伴し対応を説明する。 ・入院中の薬剤調整等の相談に随時応じる ・当院に戻る際は迎えに行く等	山口県
61	入院が長くなるにつれ家族関係が希薄になり、家族ができる部分を職員に求められるようになる。例えば買い物代行、他科受診の送迎など。	入院時から定期的に家族等への連絡を行い、必要な協力依頼を行う。	徳島県
62	ずっと病院にいたいと言われる長期入院患者がいる。地域へ意識を向けてもらうことが難しいのが現状である	長期入院者を対象に訪問支援事業を導入している。語りや聞いてもらう機会を作り病院外の生活に目と向けてもらっている	香川県
63	家族との連絡が取れず困る	複数の連絡先を入院時に確認する	福岡県
64	入院費の支払いをしない本人や家族がいる	繰り返し支払いの説明をしたり、督促状を作成したりしている	福岡県
65	患者や家族が退院になる不安が強く、退院の話が進められない	病院敷地内にある地域移行型グループホームを活用し、患者に散歩の途中に寄るなど不安軽減に努めている。家族も病院敷地内であれば安心感を持つ。	福岡県
66	任意入院者が退院を意識できないこと。	退院後の生活をイメージできるように話をしている。	福岡県
67	長期入院されている患者さんが身体科での手術等行う場合に、精神科のある総合病院へ受診をするが、近隣に精神科病棟を持った総合病院がない。遠方で1時間かけて何度も通院をしないとけない。		長崎県
68	入院中に買い物や外出を望まれる患者様がいるが家族がいない場合、マンパワー不足の中での実施が難しい。	人員不足の中他部署と協力しながら実施できるように心がけているが、非常に厳しい状況。	長崎県
69	入院させた事で、安心し、家族が退院に対して消極的になり長期入院を希望。	本人は状態も安定していることと、当院が医療機関になるため、長期入院を目的としないことを伝え、施設に入所した場合も、何かあれば相談可能であると安心感を与えながら、支援をしている。	長崎県
70	身体合併症に対する積極的治療が難しく、退院支援に移行するまでに時間がかかる。退院後の生活環境が整っておらず、帰り先が見つからず。施設入所中の方でも入院と同時に退所となり、帰り先がなくなってしまうケースが多い。	調整時に施設での受け入れ状況について確認。入院中も関わりが途切れないように連絡を取りあい、精神面が落ち着いているタイミングで関係者会議を行い、情報共有をするなど工夫している。	長崎県
71	入院中の本人の変化について、情報提供の機会が乏しい。退院支援委員会の機会を利用しているが、それを調整する精神保健福祉士等の業務が忙しくなり逼迫している。	医療相談室等の環境、人の補充などを検討している。	熊本県
72	患者本人・家族共に、退院に対して積極的ではなく、長期入院となり、支援に苦慮する。	主治医より、定期的な病状説明を行い、病状を把握してもらったうえで、施設等他の生活の場も選択肢にあることを伝えていく。	大分県
73	休職中に入院する患者が多く復職を焦って入院加療の途中で退院しようとする患者がいる。休職可能な期間と必要な治療期間がそぐわない場合がある	入院期間中から患者の無理がないようデイケアに参加してもらい、早期に復職準備に取り掛かるようにしている	大分県

74	当院は、患者に対する行動制限は隔離・拘束だけではなく、その他テレホンカードのナースステーション預かり他、知らず知らずの内に行動を制限してしまっている現状が多々あった。	行動制限最小化委員の精神保健福祉法第36条・第37条の周知徹底とマンネリ化を打破する事を目的に、令和3年から行動制限最小化委員と専門職以外の視点で意見を述べてもらうため厨房職員1名、患者の視点から意見を述べてもらうため開放病棟の長期入院患者と比較的短期入院患者男女各2名に参加いただき、2カ月に1回、患者参加の行動制限最小化委員会の取り組みを行なっている。	大分県
75	入院中に身元引受人が入院患者のお金を使い込み、入院費の支払いが滞ってしまう場合がある。	入院患者の預金口座の管理を病院が取り行う契約を結び、金銭管理を患者に代わって代行している。	鹿児島県
76	身寄りのない入院患者の状態が急激に悪化してしまい、成年後見人の選任まで間に合わず死去されてしまった場合の遺産整理に苦慮する事がある。	顧問弁護士に相談しながら、相続人を探し、遺産(金品)を行い、未収費用の支払いをしてもらう。	鹿児島県
77	身寄りがいない人が急に入院してきた時、緊急時	入院当初から、緊急連絡先に連絡し、対応できる人や行政へ相談している。問題の解決には至らないことが多いが、緊急時を想定して議題に上げ続けている。または、かかりつけの急性期病院と事前に話し合い、緊急時の対応を確認した事例がある。	沖縄県

3.退院時に関すること

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	市内の社会資源が不十分であり、札幌までサービス利用にいかなければならない患者の支援が移動時間がかかるし、普段連携が取れていない支援者と協働しなければならず苦慮している	相談支援専門員との連携を密にしたり、札幌の支援者との関係構築するようまめに連絡したり、直接会うなどすることを心がけている	北海道
2	統合失調症等に加え、加齢による要介護者が入所できる施設が満床で入院が長期化している（多くは著しい精神症状と家族協力が無い）。	日頃から施設状況を確認するのみで、工夫にはならない。	北海道
3	金銭的余裕がない方は多床室のある特養を待つしかなく、入院が長期化してしまう	申し込んでいる施設に電話する。	岩手県
4	病状の影響で居所を失った患者への支援。特に、前居所でトラブル（器物破損や家賃の長期未納など）あったケースや緊急時の連絡先になる身寄りがいない場合、退院支援に難航する。	居住支援法人や地域支援者と連携して対応している。地域との協議会（旧自立支援協議会等）で事例の共有もしている。	宮城県
5	高齢者の入院が長くなってしまった際に施設を退所になってしまったり、関わっていたケアマネジャーの支援が途切れてしまった。病院側で全て対応せざるを得ない状況になってしまう	施設側やケアマネジャー等としてまめに連絡を取り合い連携していくようにしている	福島県
6	施設入所の準備に家族が協力が難しいと言われてしまう。	病院スタッフだけでなく関係機関にも協力を依頼している。	茨城県
7	障害福祉サービスの申請をしても、すぐに調査に入ってもらえず支給決定が下りない。その結果、退院先が決まらず入院期間が長くなったり、退院後すぐにサービスの利用ができない。		栃木県
8	関係機関等から入院の打診があり、入院で受け入れるが引き受け・退院後の支援介入を拒否されることがある。		栃木県
9	患者が当院での継続通院を希望し、地域の医療機関への移行を了承していただけないことがある。	病院ごとの役割分担や医療圏の考え方を丁寧に説明し、地域医療との連携の重要性を理解していただけるよう努めている。	群馬県
10	認知症治療を必要とする経済的に厳しい患者の転院先が見つかりにくい。認知症対応可能である病院に限られるため苦慮している	近隣の医療機関と日頃から挨拶等で直接会う機会があるため転院相談をしやすくなった	埼玉県
11	精神疾患を患っている患者様の受け入れ先、特に腎臓内科への転院先を見つけることが難しい	あらゆる病院に問い合わせをしています	埼玉県
12	身体合併症を有した患者様について、圏域内の総合病院から外来通院で治療可能な疾患については入院での受け入れは行っていないということで、精神疾患が重度で退院が難しく、且つ身体合併症の治療が必要な患者様が身体面の治療を受けられない。	広域で対応可能な医療機関（総合病院）を検討しているが、今も見つからず困っている。精神科を有する総合病院の地域での役割にも疑問がある。	千葉県
13	病状の重い患者様の退院先選定が出来ない	地域援助事業者と日頃より連携を取り、情報提供いただけるようにしている。 また地域移行支援等の利用も積極的に行う	東京都
14	患者本人は自宅や地域へ帰ることを希望しているが、ケアマネや自治体職員が反対してくることがあり、対応に苦慮することがある	複数回、患者本人と話し合っていたるように日時調整を行い、本人の希望を主張できる場を設定する	東京都
15	急性期の特定機能病院であり、身体合併症を受け入れることは容易であるが、継続治療の内容で転院先に難渋することがある。	精神病院で受け入れ可能な状態となるまで、長期的に入院してもらっている。	東京都
16	骨折した患者様の受け入れ先がなかなか見つからず、救急車を依頼しても搬送先が見つからないと搬送できないと断られてしまった。結局は都外の病院に転院したが、受け入れしてもらうまでに2日ほど掛かり患者様の負担が大きかった。その後の経過を見てもらうための受診も場所が遠いため、患者様の経済的な負担も大きい。都の合併症ルートに依頼しても空床がないことも多く、身体合併症の患者様の受け入れ先を確保すること非常に困難だと感じている。	地区の会合等に積極的に参加し、身体科の病院の相談員と顔が見える関係づくりを積極的に行うよう意識している。	東京都
17	ニューロングステイを含めて1年以上の長期入院者が増えてきている	院内に「退院支援委員会」という横断的組織があり、多職種で長期入院・退院困難ケースを共有する機会を設けている。退院支援に関する研修・地域社会資源の情報共有を行い、2ヶ月に1回地域移行支援を行う一般相談支援事業所を複数招いて困難事例の検討会を行っている	東京都
18	入院と同時に住まいが無くなる 경우가多くある。特に措置入院などの場合、居住地から離れていることも多く、住居探しに苦慮する	措置入院者の退院支援事業の中で地域の保健所や計画相談の事業所にも協力して頂いてグループホームの設定などを行っている。あとは当院のPswが住居を探す。	東京都

19	中長期に入院している患者は、退院に不安を感じたり、拒否したりしており、社会的入院が増加することが懸念される状況だった。	地域移行プロジェクトを立ち上げ、板橋区の地域移行支援事業などを活用。グループホームに退院した患者に話をしてもらったり、お菓子やお弁当の販売をしてもらったりして、退院している患者と直接触れ合う機会を提供することで、患者の意識が変化してきている。	東京都
20	単身アパート生活の居宅設定に苦慮していた（アパート探し、不動産屋との連携）	地域の生活支援部会で、居住支援プロジェクトを立ち上げ、精神障害者に理解のある不動産屋との橋渡しをしている。これによりアパート探しがスムーズになっている。	神奈川県
21	被虐待歴や家族の状況などから家庭で養育できない児童年齢患者の退院先がない。児童相談所と協力して入所施設を探すも、空きがない、施設の人手不足で受け入れられない等で見つかりづらく、入院が長期化することがある。	児童相談所との連携強化。場合によっては遠くの県外の施設にあたることもある。	神奈川県
22	総合病院精神科病棟入院を経ると、その後精神科単科病院に転院した際に、転院先で急性期入院料が算定できないという診療報酬上の課題がある。転院受け入れの難渋や、本来最も急性期治療が必要なはずの自殺企図患者が適切な環境で治療を受けられない問題が生じる。	身体科病棟（救命救急センター等）から直接単科病院へ転院を推進している。	神奈川県
23	身体リハビリテーション機能を持つ精神科単科病院は少なく、また入所型施設、通所型施設も対象とならないことが多く、自殺企図の後遺障害や身体合併症の患者について退院後の行き場がない症例が生じている。精神症状の残存がリハビリテーション病院および施設への適応・受理条件のハードルとなり、回復期～生活期への移行が途切れる。	数少ない身体リハビリテーション機能を持つ精神科単科病院とは密に連携している	神奈川県
24	公立病院の精神科として、地域の困難事例や問題行動のある患者の受け入れを積極的に行っているが、家族が自宅退院を拒否したり、退院後の受け入れ先が見つからなかったりして入院期間が長くなってしまふ。平均在院日数を40日以下に保つ必要があるが、難しいことも出てきている。	可能な限り、入院時に患者、家族と面談し、今後の生活を見据えたアセスメントを行っている。地域援助事業者等との良好な関係を築き、早急な退院支援への協力を得ている。多職種カンファレンスにて、平均在院日数を共有し、多職種が退院支援を意識して取り組むようにしている。	富山県
25	総合病院であり、身体合併症患者や周産期・小児ソーシャルワーク支援、小児虐待の疑いのある患者支援が必要となる。	MSWと連携を密にすることで患者支援を行っている。また、小児虐待の疑いがある場合、小児虐待に関する専門委員会に諮り支援を行っている。	石川県
26	認知症の場合、退院先が限られるため、施設入所が決まるまでに時間がかかる。精神疾患と身体合併症がある場合、入所先や転院先が決まらないことがある。	入院中早めに介護保険申請や見直しをお行う。	長野県
27	障害福祉サービスやグループホームを利用したいが、区分調整の結果が出るまで時間がかかり、計画相談員もなかなか決まらず、退院が先延ばしになる。		長野県
28	退院先として施設入所を希望された場合、限られた入院期間の中で退院先が決まらないことがある。	早期から退院後の方向性の確認を行っている。ケアマネや包括相談支援専門員等と密に連絡をとりながら退院先の検討をしている。	長野県
29	身体合併症の自殺企図で入院し、その後リハビリが必要な場合、退院先が限られる。精神科単科の病院ではリハビリができないため選定に苦慮する	各病院へ挨拶に行った際に病棟の特徴や困りごとを伝え、情報共有している	静岡県
30	精神科からの入院の場合は、基本お戻しとなるが、先方で行える医療行為が限られるため、結果的に退院先再選定となり時間を要することがある	院内医師、看護師等と密に連絡を取り早めに調整を開始するようにしている	静岡県
31	精神疾患のある高齢患者様を受け入れてくれる介護施設等がほとんどなく拒否的である。	症状が一定期間以上落ち着いている等、総合的に評価した上で退院支援を進めている。	静岡県
32	過去のトラウマから家族の退院に対する拒否が非常に強く、支援が進まないケースがある。	家族に対し定期的に病状説明等を行っているが、理解いただくのは非常に難しい。	静岡県
33	病院の事情の理解不足や精神障害者の障害特性理解不足から、退院支援に関して消極的な場面がある。また、逆に簡単に受け入れていただけるが、すぐに事業所の対応が困難（精神症状）という理由で退所になってしまう。	年に1回、「地域懇談会」と称して、地域の関係機関に集まっていたいただき、当院の状況を知っていただく機会を設けている。病院の状況や精神障害者の特性などを知っていただいている。	愛知県
34	任意入院患者様で、退院後の自立した生活環境を整えることが難しいケースで、保健所や支援機関の援助や連携で難しいと感じることがある。	近隣の病院やクリニック等との連携を普段から行い、患者の受入相談等を積極的に行っております。	滋賀県
35	身体合併症を受け入れる精神科医療機関が少ない。転院が必要なケースの場合、対応してもらえない医療機関が少なく、受け入れ先を探すのに苦労する。	日頃から近隣の医療機関に顔の見える病・病連携の関係作りを行い、少しでもスムーズに転院相談が出来るようにしている。	大阪府
36	・精神疾患を有する方の身体合併症時、受け入れてくれる病院が少ない。特に不穏が強いと治療途中でもすぐに戻ってこられるので身体状態がさらに悪化し、何度も病院を行ったり来たりしていただくことになる。	・日ごろから総合病院と連携をとるようにしている。	大阪府
37	入院時に施設への再入所の了承をもらっていたが、退院許可が出たときに連絡したところ、入院前のトラブルを理由に断られることがあった。	院内での対応や環境調整の工夫、不穏時や再発時の対応などの話し合いを行い、再入所してもらえるよう取り組みを行うようにしている。	大阪府

38	精神科身体合併症病棟のため、転院調整でリハビリが必要になるが、単科の精神科病院ではリハビリ対応が難しい	日頃から地域の関係機関と円滑な連携を行っている。リハビリサマリーやリハビリ方法など作成・明記して精神科でも対応してもらえるよう転院相談時に工夫している	兵庫県
39	透析対応となると県内の精神科単科病院では対応できない	家族に対してキッチリとしたリハビリや透析が必要な場合、県外になることを早期の段階で説明を行い、情報提供。意思確認をしている	兵庫県
40	急性期の身体合併症患者を受け入れるが、身体合併症を受け入れる医療機関が少ないため、転院調整に難渋する。	紹介もと医療機関への転院をお願いするが、転院が難しい場合は県外の医療機関にお願いせざるを得ない。	和歌山県
41	本人の居住地や療養環境に最も適するであろうと思われる医療機関への転院が困難である。	本人に必要な医療や支援を提供し、適切な時期での転院打診を行っている。	岡山県
42	過去の自殺企図歴で施設入所を断られるケースがある。	外来受診や訪問看護で継続してフォローしていき、病状悪化時には入院対応も可能であることを施設側へ説明する。	広島県
43	①各区の相談支援事業所や移動支援サービスを行う事業所が業務過多により新規ケースの担当を担ってもらえない現状がある。②また、障害区分認定の調査項目が介護度や生活自立度に偏っており、精神疾患特有の課題にフォーカスされていないため、サービス導入の必要性があるにも関わらず区分が低く出て、適切なサービス導入が行えていない現状がある。	①精神保健福祉士がまとめ役を担い、ケース会議を開催し、相談支援事業所以外の地域サービス担当者を集め、目的に応じた役割分担を調整・連携している。②調査の際、本人だけの聴取だけでなく、精神保健福祉士や病棟看護師から実情を伝えるようにしている。	広島県
44	施設費用が高額で経済面で入所できる施設がないことが多い。	家族に負担してもらおう等相談しているが、限界がある。	広島県
45	自宅での生活は難しいが施設入所となると経済的に無理と言われる家族がいる。(特に長期入院患者) 費用は抑えられるが大部屋はイヤだ等、ニーズがかみ合わない。	経済的に申請可能なものを利用した上でいくつか施設見学をしていただき、本人の希望を踏まえてメリット・デメリットを根拠強く説明する。	山口県
46	身体合併症を受け入れる精神科医療機関が少ない。身体合併症患者を受け入れたとしても、その後の退院先がない現状である。	入院時よりリハビリ等多職種連携し評価を行っている。	山口県
47	退院後利用できる地域援助事業者数が不足しており、すぐに決まらないことがある。	他の病院、援助事業者より情報収集し、新規の事業者を教えていただき利用につなげている。	徳島県
48	退院に難色を示している地域援助事業所との連携について。	院内外カンファレンスで地域援助事業所にも参加いただき、例えば医師から退院に向けた意見を伝えてもらい理解を求めると。	徳島県
49	入院に対し連携していた介護支援専門員や市職員などとの関わりが入院後徐々に希薄になってしまい、退院先を検討する際に苦慮することがある。	退院支援委員会等、会への出席調整、不参加時には情報伝達をしている。また別会議、研修等参加時に、情報交換に努めている。	愛媛県
50	退院先がなく、長期入院になっている患者がいる	対応可能な入所施設やグループホームの情報を収集している	福岡県
51	児童・思春期患者の退院後の支援や居場所の資源が少ない。入院でも受け入れている精神科病院が少ないため転院・退院先に困ることが多い	入院中は小児科スタッフとも連携し、早期から退院後のサポートについて会議を行っている	福岡県
52	飛び降りによる自殺企図後などの多発外相に対する治療後の身体的リハビリが必要な人の転院先の調整に困る	身体リハビリを行っている精神科病院との連携を深めるとともに、精神科ではないリハビリ病院へも協力を求めている	福岡県
53	家族が患者の対応に苦慮して入院となったケースでは、医療機関側から退院の話をする、家族が退院について難色を示すケースがある。	入院前から患者の対応に当たっていた家族には大変かと思うが、入院がゴールとならないようなソーシャルワーカー等が中心になり家族との関わりを入院後早い段階から開始している	福岡県
54	訪問看護を利用した方が良いとスタッフは考えているが本人が受け入れられない。	入院中に退院先に訪問し退院前訪問指導を行い訪問看護をイメージしてもらう。	福岡県
55	長期入院者で退院を希望しているが、家族の高齢化等受け入れ体制がない、身体合併症により支援体制の調整に苦慮している。	家族とともに面談する場を設けたり、利用可能な福祉サービスの情報提供を行い、家族が抱く不安の軽減にも努めている。	長崎県
56	退院に対し消極的な家族への対応。	退院前訪問看護、退院前カンファレンスを行い家族との情報共有を行いながら生活環境を整える。	長崎県
57	かかりつけ医との入退院の連携	熊本県の医療機関では、古くから紹介患者の情報交換や共同診療などが行われており、特に紹介患者の受け入れについては、紹介元医療機関が積極的に行う慣習がある。これにより患者の状況に応じた、医療の提供を行うことができる。	熊本県
58	施設の空きが少なく、本人に合致するような施設を探すのに苦慮している。	日頃から行政や施設のスタッフと連携している。	熊本県
59	身体合併症を受け入れる一般科が少ない	国立病院、赤十字病院、済生会病院、地域の一般科に当院から転院後、身体疾患治療終了すれば基本的には当院で転院受け入れを行うことで連携を図っている。	熊本県
60	精神疾患があるだけで、身体疾患での受診が困難なことがある。	日頃から地域の総合病院との良好な関係性を保てるように連携を図っている。普段から相談しやすいよう、総合病院の相談員と気軽に相談しながら関係性を構築している。	大分県
61	身体合併症を受け入れる精神科医療機関がない(総合病院も含め機能していない)ため、身体合併症患者を受け入れたとしても、退院先がない現状である。	病院、各種施設と選択肢は増えているが、入院・入所・転入の敷居は各々上がっており退院患者さんの要望とマッチしないケースが増えている。	大分県

62	当院の地域は水俣病被害者手帳を所持している方がおり、入院費や食事代が免除される。そのため退院(施設入所)の話をすると入所費が払えないので入院継続を希望され、退院調整がうまくいかない時がある。	水俣病被害者手帳を所持している方は、入院時に症状改善次第、自宅退院が難しい場合、施設入所を検討していただくよう説明するようにしている。	鹿児島県
63	長期入院にて、家族の面会年1回程度、本人不在の生活で、家族の関心が薄れ病院を生活の場だと考えていた。	家族への面会の呼びかけや主治医からの今後の説明を通し、病院以外での生活についての説明と具体案を提示した。年齢的に今後起こる可能性があることも含め、期限を設け話し合い、調整を行った。	鹿児島県
64	レスパイト入院での、長期入院。主な介護者が孫になるケース。	適宜会話を持ちながら、現在のご本人の病態や状況をお話させてもらい、どのような場所が生活の場にふさわしいか検討し、納得いく生活の場を調整した。	鹿児島県

4.退院後の支援に関すること

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	例えばGHに退院した患者のうち、対応困難とのことで退院後すぐに入院を依頼されることも多い。病状悪化であれば入院治療もやむを得ないと思うが、知的障害や発達障害など治療反応性が乏しい場合でも、環境調整として入院を受けざるを得ない状況が多い。ショートステイがレスパイト的な機能だけではなく、環境調整目的で利用できるようになると良いと思う。	退院時にはできるだけ地域生活を継続できるよう、クライシスプランの作成や情報共有などをできる会切りを行い、困ったときに入院以外の方法で対処できるような工夫を共有している。	北海道
2	自殺企図で入院になる患者が増えている。繰り返す患者も多い。	自殺再企図防止のための研修を受講したスタッフを中心に、専用シートを活用してアセスメントを行い、多職種で情報共有しながら適切な支援を検討している。継続支援が重要であり、退院後も定期面談を行うなど取り組んでいる。地域の自殺対策連絡会などに参加し、保健師や大量機関との連携も大切にしている。	青森県
3	症状の重い方も多く、退院後短期間で再入院となることがある。	退院ごの外來時、入院中担当していた看護師が意識的に声をかけに行ったり、算定の有無に関わらず、退院先の施設等を訪問する支援を必要時行っている。	宮城県
4	身体合併症を受け入れる精神科医療機関がないため、受け入れたとしても退院先がない現状もある		福島県
5	病院内では概ね落ち着いて過ごすことができているが自宅退院は家族が拒否していたりADL的に難しい患者について入所先の選択肢が少なかったり、適している施設は数年単位で空床がないなど退院先の選定に苦慮している。	施設の選択肢を増やすために患者に対して疾病教育や心理プログラム、作業療法プログラムを実施し定期的に評価を行っている。また適宜、施設情報を更新し患者に適した施設の選定を行っている。さらにはカンファレンスを実施し治療状況や退院調整の状況を共有し関係者にも積極的な関わりを求めている。	茨城県
6	総合病院であるため、精神科単科病院と比較して退院前支援が十分に行えないことがある。	退院前訪問や訪問看護の導入、ケアマネジャー等との顔合わせを積極的に行い、可能な限り退院前支援を充実させている。	群馬県
7	総合病院であるため、さまざまな身体疾患を併発した患者に対して退院指導を行う必要があり、対応が煩雑で負担が大きい。	経鼻胃管を留置したまま退院する患者など、身体疾患を有するケースでは、疾患や療養環境に応じた個別の退院指導を実施している。	群馬県
8	患者本人の病状・病識・生活能力の評価の結果、退院先を施設が望ましく病院、家族が判断したが、あくまで本人は、自宅への退院を希望するケースが多々ある。退院支援が進められなくなる。	本人の希望した自宅への退院が不可能な場合、本人と現状の振り返りと施設見学を重ね、打開を試みる。根気がいる作業である。	埼玉県
9	医療拒否、怠業により、措置入院を繰り返している患者であるが、一人暮らしの自宅に帰りたくと話している。生活能力が低く、後見レベルであるため、施設が望ましいと説得するが、拒否。一人暮らしをするのであれば、訪問看護や福祉サービスの導入が必要と話すも拒否が見られていた。	入院中に関わり、患者も拒否を見せなかった職員で退院後も自宅に週3日訪問。家に人が来ることに慣れたタイミングで訪問看護や福祉サービスを導入することができた。	埼玉県
10	認知症のケースで、同居家族も高齢であり、退院後の必要なサービス調整に多くの支援が必要だった。	法人内の認知症の方の退院支援に関しての多施設、多職種で検討できるカンファレンスの仕組みがある。	千葉県
11	入院中のカンファレンスに外来部門の参加がない場合、情報の共有がスムーズにいかなかった	入院時、退院時のカンファレンスに外来部門のスタッフも参加できるように、カンファレンスの日程調整について院内で声を掛け合っている。	東京都
12	アパートを借りることができずに、退院できない患者や、退院しても、些細なことに困るが周囲に相談できず、病状悪化により、再入院になってしまう患者が散見されていた。	病院が仲介をしてアパートを貸し、管理運営を行っている。これにより、患者は業者と直接やりとりすることなく、電球の交換や更新手続きなど、些細な課題を一緒に解決したり、病院から精神保健福祉士が定期的に訪問したりすることで再発予防につながっている。	東京都
13	精神障害者へのヘルパー派遣に関して、患者本人の状態やヘルパーの必要性について、支給決定を行う自治体に何度も説明するが、精神障害者は身体的に問題ないので、ヘルパー派遣は行わないと、理解が得られなかった。	主治医、看護師、精神保健福祉士所属長、作業療法士など、多職種で情報を共有した。退院に向けたカンファレンスを開催し、主治医からは病状面、看護師や作業療法士からは普段の様子や生活面について話をしてもらい、ヘルパーの必要性について訴えた。→結果、自治体から理解を得られ、退院後のヘルパー派遣が実現した。	東京都
14	自宅退院予定の患者。同居の家族が他界し、退院後はこれまで経験のない、単身生活となる方への支援。	退院前に担当の精神保健福祉士と作業療法士が患者本人とともに自宅を訪問し、退院後に課題となりそうな問題点を確認した。患者本人、家族、地域援助事業者、院内多職種スタッフで課題を共有し、退院までに必要な片付けや地域サービスについて共通認識を持ち、それぞれができる事に取り組んだ。作業療法では、個別プログラムを行い、買い物、簡単な調理などの練習を行った。	東京都
15	患者自身が、多くの支援者をその役割や連携について覚えることが難しい。	当院独自の「暮らしの輪」（地域連携パス）を用いて、退院後に必要となるサービスや地域援助事業者の連絡先、担当者などを患者と共に記入し、活用してもらった。	東京都

16	入退院のスピード感と、障害福祉サービスの導入に係るスピード感が合わない。支給決定や事業所の選定に時間がかかりすぎてしまう。		東京都
17	・病状について家族の理解が不十分。 ・受け入れ先である家族も高齢となり、説明しても理解困難。	・医療保護退院支援委員会に可能な限り家族に参加いただき、病状について丁寧に説明する。 ・タイミングによっては、成年後見人の選択。	神奈川県
18	措置入院者退院後支援については退院後に直接的な支援がないため、計画書を作るだけの内容と感じてしまう。困難ケースの場合、入院中から何らかの協力を得たかったが、情報共有する以外の支援はいただけなかった。	支援期間中は何か情報共有すべき内容があれば外来担当より行政担当者へ連絡するようにしている。	神奈川県
19		当院の外来通院の場合、外来看護師含めて定期的な面談必要かを検討している。	神奈川県
20	退院先としてアパートを探す際、精神疾患や生活保護を理由に審査が通らないことが多く、患者本人の希望に応じた物件を探せないことが多い。また金銭的に困窮しており、施設なども含め退院先を確保できないこともある。	居宅支援法人認定店の指定を受けた不動産業者と連携し、自己破産や生活保護などの事情がある方でも入居しやすい物件を探している。生活保護担当課に家具什器やアパート契約にかかる費用の補助を申請している。	石川県
21	摂食障害の患者が多く、入退院を繰り返している。当院は、総合病院の精神科のため、身体的に限界がきて身体治療メインで入院することが多い。退院基準がはっきりしないことや、訪問看護を契約しても退院後に解約する患者がいる。	入院時に主治医と目標設定をしてもらう。(退院基準)訪問看護の必要性を説明していく。	岐阜県
22	発達障害/引きこもりの患者が増加傾向にあり、対応などに悩みを抱えている家族が増加している。	当院は外来と病棟で計6名の公認心理士が在籍しており、医師、看護師、精神保健福祉士と協同しながら家族支援(引きこもり/アルコール依存症の家族教室)にも力を注いでいる。	島根県
23	退院後支援に繋ぐことが多いが、退院後のケースマネジメントの引継ぎ先が限られている。	退院後も入院棟SWがマネジメントを負うことになり、外来業務の割合が増えることで時間外が増えている。	岡山県
24	夜間対応できる施設が少なく退院先に苦慮することがある。	各施設に個別に連絡し情報収集を行ったり、見学・体験利用を行い検討してもらう等している。	広島県
25	支援拒否や通院中断から再入院を繰り返す方への対応について	同意の上で退院後の訪問または電話を主に精神保健福祉士が定期的実施。地域援助事業者の情報提供を続け、通院中断にならないように見守りを行う。	徳島県
26	通院中の患者さんの相談は受けれるが一緒に出掛けるなどの支援が出来ない。	相談支援事業所に早めに相談する。	福岡県
27	スーパー救急の要件達成のため、期限内でのスムーズな退院支援が求められ、特に病院と地域の連携体制を強化していく必要がある。	入院後、早期に自宅への退院前訪問を行い、在宅での様子を写真にとり、週1回行っている病棟回診後の多職種カンファレンス時の参考とし、退院先の早期選定を行っている。また回診には、法人内の地域援助事業所が参加し、入院中から患者さんと顔あわせを行い、スムーズな退院調整が行えるよう取り組んでいる。	沖縄県

5.退院支援委員会に関すること

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	退院支援委員会が、事務的な手続きとして形骸化したり、短時間で終了してしまう事例がある。	退院支援委員会には原則本人に出席してもらい、更新の理由、退院支援の方向性を伝えている。	北海道
2	開催準備、開催、書類の作成・確認、書類の発送など、業務が増え、本来行うべき患者支援業務を行う時間が損なわれている。	退院支援委員会の業務について、他職種と協力し業務の分担を計画しているが、まだ実現はしていない。	青森県
3	書類作成の手間が増えている	事務スタッフと分担しながらやっている	青森県
4	手続きが複雑すぎる。本来の退院支援に支障をきたしている。更新の日付管理などチェックするだけで時間と人員が大幅に取られてしまう。	複数の人員でチェックするようにはしている。	青森県
5	症状が不安定な方に委員会を行うと刺激になり、不調をきたしてしまうケースがある	検討中	岩手県
6	診療報酬にも基づかず、調整業務や書類作成等の事務作業が多くなったことで、患者や家族と面談する時間が減っていきまうという本末転倒の状況も起きている		福島県
7	医療保護入院の退院支援委員会の日程調整は、多職種、関係機関が関わるため、調整が難しい。	退院後生活環境相談員だけでなく、精神保健福祉士も調整役として日程調整や各機関との連携できる体制を心掛けている。日程調整ルールを院内で統一している。院内で医療保護入院（退院支援委員会）の運用マニュアルを作成し、各部署・関係者で活用している。	栃木県
8	委員会開催時に参加を希望する家族が少ないこと。家族は働いている人も多いため、平日に来てもらうことは難しい。休日は病院職員の確保が難しい。	他病院がどうしているのか参考にしたいです。	群馬県
11	成年後見人が同意者の場合、登記事項証明書等を半年毎に提出することが金銭的手間の負担であると成年後見人複数名から苦情がある。	当県は半年以内に取得した登記事項証明書等を提出する決まりの為、都度説明している。	千葉県
9	委員会の日程調整をする上で、関係者の都合を合わせるのに苦慮することがある。	対象者が複数名いて主治医が同じ場合は、委員会を同時間帯で続けて開催している。	千葉県
10	以前から家族との関わりを意識していた。病院からすれば、事務量だけが増え負担でしかありません。対象者とのかわりの時間が大幅に搾取されました。策なので、抜本的に見直しを強く望みます。	夜間・休日・通常勤務の時間外で行っており、ライフワークバランスを崩しながらこなす。	千葉県
12	医療保護入院の更新業務が複雑化・煩雑化しており本来の入退院支援に割く時間が減少している。また日程調整後に担当者の休みなどがあった場合の対応が難しい	期限管理を病棟担当PSW全体で一元管理できる電子ファイルを作成、アラート管理をしている。	東京都
13	医療保護入院の更新手続きが法定化されたことにより3カ月、3カ月、6カ月と継続して退院支援委員会を開催し審議し更新手続きを行うことになったが、退院にかかわる家族、関係者との調整をはじめとし書類提出や更新の管理等の事務作業に係る労力、退院後生活環境相談員（精神保健福祉士）への負担が大きい。	医療保護入院更新手続きにかかるパスを用いるなど多職種、複数の目で管理していく体制に切り替えている。	東京都
14	退院支援委員会の再開された方に対して更新の度に家族連絡をしなければいけないが長期入院になり疎遠になっているところに病院からの電話行くことにより不満を述べられる家族がいる。それを更新の度にするのが相談員にとってストレス	対応方法はないので法令順守の対応をしている。	東京都
15	退院支援委員会については、手間と時間ばかりがかかってしまい、現場での負担感ばかりが増えた気がする。		東京都
26	退院支援委員会の日程調整に時間がかかる。	早期より取り組みを開始する。調整表を作成し、該当病棟で各自記載いただく。	石川県
16	決められた時期に委員会を開催し、書類の作成等の処理に追われ、本来の退院支援が疎かになってしまう。ペーパーレス化ができない。		長野県
17	施行日時点入院患者（長期入院患者）の更新期日が月末のため、月末付近が更新期日の退院支援委員会の調整対象者が多くなってしまふ	左記対象者（25日～翌月5日くらいまでの更新期日の患者）については、各退院後生活環境相談員からではなく、退院支援部門の管理者が該当対象患者を主治医毎にまとめて、日程調整の打診を行う	大阪府

18	退院支援が難しい患者も多く、医療機関だけでは対応が困難なケースがある。	退院支援委員会では、保健所や市の担当者（市町同意含め）にも参加して頂き、支援の役割や責任について検討するようにしている。	兵庫県
27	退院支援委員会の期限管理が煩雑になり、以前よりも業務量が増えている。	入院棟担当SWで管理表（Excel）を作成し、定期的（週1回）に確認を実施している。期限、書類やカルテ記載が適切に運用できているかなどが確認事項である。	岡山県
19	手続きが増えており、書類処理・事務仕事や期限管理・日程調整等に時間がかかりすぎる。	一覧表を作成する等工夫しているが、負担が大きい。	広島県
20	医療保護入院が更新制になり、事務作業が増え退院支援が疎かになることがある	事務作業は外来担当職員に協力依頼し業務負担の軽減を図っている	徳島県
21	医療保護入院の退院支援委員会の開催可能期間が短く、一人ひとりの入院期間の把握や日程調整が大変	一覧表を作成し管理している	福岡県
22	院内調整や家族への連絡に時間をとられる。	委員会は時間をあらかじめ決めており家族に合わせてもらっている。	福岡県
23	当院は医療保護入院が多く、医療保護退院支援委委員会の対象者が多いため、更新に伴う委員会の開催日程調整や連絡業務、事務作業が多く、精神保健福祉士として患者様との面談そのほかの業務に支障をきたしていた。	病棟から定期的に同意者である家族へ連絡をしてもらうなど、院内で業務を分担した。また、同意書の書式上面の本人氏名・同意者氏名をパソコンで記入するなど、事務作業の負担を軽減した。	熊本県
24	医療保護入院者の定期病状報告書（年1回提出）から更新届（年数回提出）に法改訂され、ご家族に毎回、同意を得る必要があり、ご家族の負担が増えた。それに伴い、委員会の開催も含めて、医師、精神保健福祉士、看護師等の負担も増え、業務が煩雑になった。	ご家族に負担がかからないようにしたいが、なかなか現状難しい。	宮崎県
25	患者本人が退院支援委員会に参加することにより、本人の状態が悪化するケースがある。	不穏時の処方調整。	鹿児島県

6.地域援助事業者に関すること

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	要介護3の方の特養待機期間が長期にわたるため、入院中に亡くなる方が少なくない	ご家族の希望にもよるが、特養入所を積極的に考えている方の場合、数カ所に申込をし、可能な限り早期退院できるよう努めている	埼玉県
2	施設で問題行動があり、入院後施設が退所となり、退院先を探すのに難渋したケース。	ソーシャルワーカーのみの知識では施設を探すことが困難だったが、普段やり取りをしている地域援助事業者との連携を通して、施設へ退院することができた。	千葉県
3	地域援助事業所が法改正内容を知らないことが多く、退院支援委員会への参加にはコストが発生しないため参加が難しいといわれることも少なくはない	市内のPSWによる研究会にて情報を共有している。また、東京都の事業を活用して退院後に利用する旅程の地域援助事業所を招いたケア会議の際（医療保護入院者に限る）に、参加費用（約8千円）を支払うようにしている	東京都
4	自傷や依存症で医療保護入院した際に、公的制度では対応できない環境調整が必要になることがある。	普段からBONDプロジェクト、ぶれいす東京、司法書士などインフォーマルな支援者と顔の見える連携をし、病棟訪問を依頼するなど入院初期から経済的、心理的な心配事の解決に向けて取り組めるよう支援している。	東京都
5	金銭管理や生活能力などに課題がある患者様の退院について、反対や消極的な反応をする支援者が多くいる。入院中の面会や本人との直接連絡、地域からの情報収集などほとんどないが、退院の話となると反対されてしまうことに苦慮している。	日頃から地域で行われる連携会議に積極的に参加し、地域連携強化に努めている。また、個々のケースについては、病院側としてのできる限りの支援体制を提示しご理解いただけるよう努力している。	東京都
6	支援者側が地域援助事業者につなげる必要性を感じていても、非自発的入院の当事者が利用を断るケースが多い。退院後生活環境相談員の負担が大きいことから、外部機関の方からも支援の動機付けや紹介などアプローチを行っていただくとよい。また、地域援助事業者を紹介するリーフレット等を各自治体で作成していただきたい。		東京都
7	一部の生活支援センターに積極的に退院支援に関わっていただけで、それ以外の事業所の支援力の差を感じる。事業所のマンパワー事情により断られることや、他区への相談となることも少なくはない。	患者様に影響が及ばない範囲で事業所の事情に配慮しながら、支援をお願いしている。	神奈川県
8	計画相談員が圧倒的に足りない。なり手がいないのが現状。「家族が本人たちを支える」という事が前提になっている制度設計ではないか。なり手が増えるような、経済的インセンティブを検討していかないと、精神的な課題を抱えたが方たちは、路頭に迷う。		神奈川県
9	相談支援専門員を選定するのが困難。地域支援者との会議で日程調整に時間を要する。		石川県
10	本人に病識がなかったり、過去に適切なサービス利用ができなかったりと何らかの課題がある方であると、相談支援専門員等地域援助事業者が見つからないことが稀にある。	地域の支援者と密に情報共有を行い、今の本人をしてもらう。定期的に会議を開催する。	長野県
11	様々な取り組みを行っても、精神科病院の壁は大きく、なかなか足を踏み入れにくいと伝えられることも多い。	毎年、地域の基幹相談支援センター、民生委員、社協、福祉課、地域事業所などの見学を受け入れている。保護室なども積極的に見ていただく。院長等とのやり取りも好評である。	愛知県
12	退院支援にあたり、住所地の自治体に病院から協力を依頼しても、応じてもらえない状況があった。	本人の相談支援専門員など地域の事業者から自治体へ働きかけをしてもらい、動いてもらった。	鳥取県
13	独居の入院医療者が精神的治療と環境調整を目的に入院してきた。障害特性もあり施設への退院に向けて、本人の気持ちが固まらず退院支援がスムーズに進まなかった。	居住地の自治体関係者や相談支援専門員が毎月来院してくださり、病院職員も入り本人を交えた面談を繰り返し退、施設への退院となった。	鳥取県
14	同一法人内において患者を囲い込むような対応を行う事業所との連携について、本人の不安をおおきく特定サービスを強く勧めるような関わり方をしているため、支援方針の調整が難しいケースがある	主治医より、支援者会議等を通じて本人の意思を伝えていただくような対応を行うなどの機会を設けている	福岡県

27	退院支援委員会の期限管理が煩雑になり、以前よりも業務量が増えている。	入院棟担当SWで管理表（Excel）を作成し、定期的（週1回）に確認を実施している。期限、書類やカルテ記載が適切に運用できているかなどが確認事項である。	岡山県
19	手続きが増えており、書類処理・事務仕事や期限管理・日程調整等に時間がかかりすぎる。	一覧表を作成する等工夫しているが、負担が大きい。	広島県
20	医療保護入院が更新制になり、事務作業が増え退院支援が疎かになることがある	事務作業は外来担当職員に協力依頼し業務負担の軽減を図っている	徳島県
21	医療保護入院の退院支援委員会の開催可能期間が短く、一人ひとりの入院期間の把握や日程調整が大変	一覧表を作成し管理している	福岡県
22	院内調整や家族への連絡に時間をとられる。	委員会は時間をあらかじめ決めており家族に合わせてもらっている。	福岡県
23	当院は医療保護入院が多く、医療保護退院支援委委員会の対象者が多いため、更新に伴う委員会の開催日程調整や連絡業務、事務作業が多く、精神保健福祉士として患者様との面談そのほかの業務に支障をきたしていた。	病棟から定期的に同意者である家族へ連絡をしてもらうなど、院内で業務を分担した。また、同意書の書式上面の本人氏名・同意者氏名をパソコンで記入するなど、事務作業の負担を軽減した。	熊本県
24	医療保護入院者の定期病状報告書（年1回提出）から更新届（年数回提出）に法改訂され、ご家族に毎回、同意を得る必要があり、ご家族の負担が増えた。それに伴い、委員会の開催も含めて、医師、精神保健福祉士、看護師等の負担も増え、業務が煩雑になった。	ご家族に負担がかからないようにしたいが、なかなか現状難しい。	宮崎県
25	患者本人が退院支援委員会に参加することにより、本人の状態が悪化するケースがある。	不穏時の処方調整。	鹿児島県

7.診療報酬に関すること

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	専従者の専従要件の緩和を求めたいです。過疎地の病院では、専従業務だけだと、正直暇。Wライセンス所持者もいますので、有効活用すべきと考える。		北海道
2	地域移行支援加算や精神保健福祉士配置加算の施設基準が、退院支援もしくは当該病棟以外の業務をしてはいけないとなっている。退院～地域定着は連続した支援が求められるため、退院支援をした患者に外来で関われないことにジレンマを感じているし、患者家族や関係機関にとってもメリットはないと考える。	退院後も継続した支援が必要と思われる患者については、入院中から外来担当者との顔あわせや情報共有などを行い、できるだけ支援が途切れないような工夫を行っている。	北海道
3	時代のせい、単身の患者もしくは親族はいても支援を受けられない患者が入院する機会が多くなっている。その患者が行っていた家賃や税金関係の支払い業務を事務員が代行することになる。また終末期の状態であれば資産整理や負債の対応、墓終いなど多岐にわたる業務が病院の仕事になってしまう。	行政に相談したり、適宜後見人などを選任し、病院がすべてを抱えないようにするが、何をやるにしても手続きは煩雑で協力を得られるようになるまでかなりの時間を要するため早く行動を起こすようにしている。	宮城県
4	精神保健福祉士が入院相談や入院中の相談を長時間しているが、診療報酬に結びついていない。		秋田県
5	身体的に重症な患者を多く受け入れており、入院期間が長期化しやすい。その結果、加算の算定が困難となり、経営面で苦慮している。	長期入院となる患者については、適切な医療機関への転院を検討・調整するなど、円滑な医療マネジメントに努めている。	群馬県
6	精神科地域包括ケア病棟の届出を検討しているものの、現行制度では、365日のコメディカルの配置や準備期間、退院率など施設基準が厳格であり、実現のハードルが高いのが現状です。こうした要件が緩和され、より多くの医療機関が地域包括ケア病棟に取り組みめるようになることを期待している。また地域への移行を支えるために地域ケアにかかわる診療報酬が手厚く評価されることを願っている。	精神科地域包括ケア病院について検討している。	東京都
7	療養生活継続支援加算について、たとえ月に複数回の支援を行っていても、月1回分しか算定が認められないため、不安定な時期に必要な集中的支援が評価されにくい状況。改善すべき点として、対象患者1名につき月1回30件までという算定上限を精神保健福祉士1名あたり月30件までとすることで、支援者ごとの実働に即した算定を可能とする。月複数回の面接や支援が行われた場合にも、その支援実績に応じて算定可能とする仕組みを求めたい。	療養生活継続支援加算は、集中支援が必要な方、福祉サービスを利用していない方の地域定着、外出支援やIPS伴走型就労支援において活用。	東京都
8	一般医療と精神科とでは、診療報酬上の評価のギャップがどんどん大きくなっている。		東京都
9	精神科身体合併症加算について。 ①急性期の特定機能病院であり、重篤なBMI15未満の栄養障害患者を受け入れることが多いが、内科の医師と協力することなく精神科医師だけで対応できることも多く、加算に結びつかない。身体科と比較して収益が低いため、病院収入が減少している昨今、精神科身体合併症加算に結びつくようにしてほしい。 ②PCI、アブレーションなど放射線透視下でも内容によっては手術室での手術より高侵襲の手術があるが加算対象にはなっていない。対象となったほうが、頑張っただけで受け入れようという施設も増えるのではないかと考える。	こういうケースでは加算はとっていない。	東京都
10	依存症治療にあたっては、本人の回復と同時に家族が回復している必要がある。本院ア入院して治療をしたとしても、家族の回復が進んでいないことで、退院後に本人の依存症が再燃することがある。	初診時に本人は患者会の、家族は家族会の、各支援者に電話を繋いだり、直接会ったりしてもらうシステム（SBIRTS）を実践している。	東京都
11	入退院支援加算と精神科入退院支援加算の両方を取っている場合において、看護師職種の専従・選任の入れ替えは明示してあるが、「精神保健福祉士と社会福祉士」の双方を持った職員のまたがった配置については、病棟配置のみ記載され、その他の言及がない。この点も配慮していただきたい。または、そもそも兼ねる配置が良いのではないかと考える。（入退院支援加算の専従が精神科入退院支援加算の専従と分ける理屈が不明、ただ業務負担を増やすだけ）		神奈川県

12	令和6年改定で、A227-2精神科措置入院退院支援加算が削除となり、新設のA246-2精神科入院退院支援加算の注加算となった。この精神科措置入院退院支援加算を算定するには、A246-2精神科入院退院支援加算の届出が必要だが、A246入院退院支援加算と同時に部門に専従配置要件があり、条件としては厳しい施設基準となっている。そのため、A246-2に対する人員配置要件を満たせない場合は、算定が不可能であり、結果、改訂による減収となっている。そのため、精神科入院退院支援加算の条件緩和を要望する。または、精神保健福祉士の病棟配置要件のある精神科救急・合併症入院料等においては、当該特定入院料の注加算として設定するのが妥当と考える。		富山県
13	精神科救急・合併症入院料等の特定入院料に包括される点数について見直しを要望する。IV.入院支援に係る診療報酬の算定状況の項目に、診療情報提供料I（退院時情報添付）があるが、特定入院料では包括項目であり、算定不可能の件数が多い。退院時情報添付加算については、退院翌月まで算定可能だが、精神科の急性期を担う医療機関では、急性期経過後は転院する場合も多く、当該加算について外来通院時に算定するケースは少ない。そのため、包括ではなく、出来高算定が可能としていただきたい。包括のままとするならば、特定入院料の所定点数UPを希望する。		富山県
14	外来における診療報酬の活用について、活用したい気持ちがあるが、なかなか算定にスムーズに結びつかないことが多い。外来におけるフォロー体制を構築していく必要がある。	認定看護外来と地域医療連携室との連携が良好であり、外来における困難ケースについて、多職種とアセスメントできる状況になっている。入院支援加算を意識したケースの循環を構築しているところである。	愛知県
15	療養生活継続支援加算の算定に向けトライしてみたが、管理や手間などを勘案し、算定を諦めた。		大阪府
16	入院患者の高齢化により介護度が高まっているが包括の入院料のため重度の患者様を受け入れても評価がない。		長崎県
17	精神科急性期医師配置加算の要件で難治性の統合失調症治療薬であるクロザピンの導入数を施設基準の要件から外すのが本来の精神科救急の役割からして妥当と考えています。診療報酬改定で検討してほしい。	院内で定期的にクロザピン導入検討会議を行っている。	熊本県
18	精神科救急医療入院料等対象患者からF0が一律に除外されていることを改めてほしい。周辺症状に対する対応は精神一般ではなく、スタッフ数や設備から救急でも受け入れざるを得ないのが実態。		熊本県
19	物価高騰もあり赤字に近い経営状況となっている	経費削減のため消耗品等の見直しを行っている	鹿児島県

8.他

No	支障を来している点・改善すべき点	工夫していること	都道府県
1	グループホームが株式会社で運営している施設も多くなり対応する職員の能力が弱く退院しても病院が中心になって関わっていかねばいけない状況が多い	地域移行の事業所などに働きかけて地域向けの研修の開催などを要望している。もしくは病院側でグループホームを選別して依頼している。	東京都
2	各部門の支援が個別に提供されており、患者の全体状況や支援が効率的でないことがある。	医師、地域支援部門、病棟等入院支援部門が集まり情報を共有、検討する会議があり、そこで外来も入院も支援の検討を実施している。多職種かつ管理職も参加しているために組織的な支援が可能となっている。また、前記会議に紐づけられた制限緩和検討会議を毎週実施しており、外来から入院、退院してまた外来まで一体的に治療・支援が行えるようにしている。	静岡県
3	圏域の救急基幹病院のため他県在住者が入院してくることがあるが、新潟在住者が措置入院した際に家族も高齢で連絡もつながりづらい、措置のため外出しての金銭面の確認もできない状況があった。妄想残存し本人に任せる訳にもいれないが、保健所も具体的な支援もできず難渋した。措置入院のまま転院した事例が過去にあったが、今回はできないと言われたことも困った。	保健所も何もできないと言われる中、新潟の保健所とZOOM会議を行う、新潟の市に生活保護申請を行うということを院内で相談し苦勞しながらなんとか行い、車で保健所に迎えに来てもらう形で新幹線に単身乗って帰るという形まで整えた。	静岡県
4	身寄りのない入院患者に対して後見人申請（市町申立て）を試みたが、市より対応できないと言われることも多い。本来、病院の役割でないことまで対応せざるをえない。	保健所や市のCWなどと協議し、それぞれ役割分担して各種手続きなどを行っている。	兵庫県
5	精神保健福祉法改正後は業務量が増加し退院支援のための関わりが減少した		奈良県
6	精神障害者に対する偏見や差別は根強く残っているのが現状である。特に田舎では、たとえ退院しても、地域交流なく閉じ籠ってしまえば、ゆわゆる“村八分”になりかねず、そうなれば地域で生活しづらくなり、病状悪化して再入院となるケースも少なくない。	元々 当院の在る地域には年2回“溝役”“道役”という住民参加の奉仕活動があった。そこで実際に地域の人々と共に作業する中で、見てもらい、触れてもらい、感じてもらう事で、慣れてもらう事が差別や偏見を減らす一番の近道であると考え、平成29年から地域活動に参加し地域住民と共に作業をする取り組みを行なっている。	大分県
7	当院入院中の患者の中には、ストレングスを伸ばせば、退院出来そうだが、ホスピタリズムに陥っている方も少なくない。	5年以上の長期入院患者を対象に、当院付設のケア付きアパート（ハピネス大貞）に3ヵ月間のトライアル退院をし、精神科デイナイトケアに通所しながら地域社会で生活してもらう。その結果、何らかの課題を持って再入院し、その課題を訓練・解決して、他機関と連携しつつ退院を目指す取り組みを行なっている。	大分県
8	入院時から身元保証のない戸籍もない方。入院が長期に渡り、本人の希望もあり、退院支援できないか検討していた。てんかん発作もあった為、見守りのある介護施設への入所を進めようとしていた。身元保証人がいない為、成年後見制度を利用しようと進めているうちに生きていたのに死亡して除籍になっていることが判明した。複雑な事情があり、戸籍を復活することを断念し、同時に成年後見制度の申請も断念せざるを得なかった。よって退院支援が頓挫してしまっていた。	生活保護を受給していた為、担当cwに再度相談した際、介護保険の申請はできないか担当課に相談してもらうこととなった。様々な機関が連携して何度か話し合いをした結果、特例扱いで戸籍を復活せずに介護保険の認定を受けることができるようになり、介護施設への入居を進めることができた。	鹿児島県

7. 個別病院へのインタビュー調査

1) 目的と対象病院

本事業では、精神科医療における入退院支援および多職種連携の実態を把握することを目的に、特定の条件下にある病院を対象としてヒアリングを実施した。単なる好事例の収集にとどまらず、人的資源や機能が必ずしも十分でない現場において、いかに入院・退院を成立させ、地域移行や継続支援を実現しているかという「現実的な工夫」に着目した点に特徴がある。そのため、スタッフ数が過度に充実した病院は対象から除外した。

ヒアリング対象病院は、精神科救急急性期病棟の有無、入退院支援部門の設置状況、児童・思春期病棟の有無、都市部に立地する大規模病院といった観点から意図的に分類・選定した。これにより、機能や体制の違いが入退院支援の方法や多職種連携の在り方にどのような影響を及ぼしているのかを比較・検討できる構成とした。特に、入退院支援を専任部門に依存せず現場で担っている病院や、精神科救急機能を持たない病院における対応は、今後多くの医療機関が直面しうる状況を反映していると考えられる。また、児童・思春期病棟を有する病院や都市部の大規模病院を含めることで、対象患者層や地域特性の違いによる課題と工夫も把握することを狙いとした。

本ヒアリングを通じて得られる知見は、理想的な体制モデルの提示ではなく、制約条件の中で実践可能な入退院支援や多職種協働の在り方を検討するための基礎資料として活用することを目的としている。インタビューを行った対象病院は以下である。

	種別	都道府県	病院名	担当	日時
A	精神科救急急性期病棟を所有	千葉県	浅井病院	木村・川口	1月21日
B	精神科救急急性期病棟を所有なし	大分県	大貞病院	長瀬・澤野	1月21日
C	入退院支援部門を持っていない	静岡県	鷹岡病院	松岡・草地	1月22日
D	児童・思春期病棟を持っている	長崎県	大村共立病院	中島・澤野	1月22日
E	大規模病院×都市部	大阪府	小阪病院	長瀬・草地	1月22日

2) インタビュー調査結果

インタビューに先立ちヒアリングシートを記入していただいた（別表）。インタビュー調査によって、さらに深掘りされた5箇所の病院の概要とコメントをまとめた。

病院	概要	コメント
A.浅井病院	在宅診療支援部（アウトリーチ等）と地域連携支援部（入院調整等）の二部署で入退院支援を担い、朝ミーティングで空床と候補を可視化。	アウトリーチから入院・退院へ連続介入できる点が強み。法改正後の期限管理・同意取得・郵送等が負担増の本質で、事務分担が鍵。
B.大貞病院	法人内に相談支援事業所を持たず、地域の相談支援事業所を入院段階から巻き込み、PSWが受診相談から退院支援まで一貫通貫で対応。	制度や形式より日常的な接触と信頼関係が連携を左右。法改正を家族参加促進に転換した点は好例だが、PSW人員逼迫が継続課題。
C.鷹岡病院	入院相談は電話中心で待機が多く、初診をスーパー救急で受ける構造から同病棟が逼迫し、転棟遅延が受入遅れと重症化を招く。	入口集中と情報不足、制度事務増が悪循環を形成。病棟移行ルール明確化と入院前情報サマリー共有の定型化、事務分担が改善策となる。
D.大村共立病院	198床の精神科単科で児童思春期に注力。ワーカーが初診電話相談からインテーク、入院調整、退院後支援まで一貫して担う運用。	一貫支援は強みだがバス不在で属人化しやすい。期日管理・書類業務が個人負担となり支援時間を圧迫するため、標準化とICT化が重要。
E.小阪病院	地域医療連携課に看護師とPSWを配置し、受入前から医療・福祉両面で退院可能性まで検討。期限管理は医局秘書等が支援し負担軽減。	二職種協働と病棟経験者の専従配置で判断精度が高い。事務支援は有効だが、専従要件で退院後継続支援が途切れやすく制度面が課題。

A. 浅井病院（千葉県）様

概要：浅井病院は「在宅診療支援部（アウトリーチ・新患電話インテーク等）」と「地域連携支援部（入院調整・退院支援・ベッドコントロール等）」の二部署で入退院支援を担う。在宅はPSW11名、看護師25名、OT14名等を含む91名規模で、訪問看護・デイケア・グループホームなど既関与患者に早期タッチし、受診→入院→退院支援まで一貫介入し担当の約7割を占める。地域連携は12名（精神科5、内科5、事務2）で外来再診や他病院・地域からの転院相談の窓口。前方支援看護師が司会する朝ミーティングで空床・入院候補を可視化し事前調整（最終判断は医師）。救急の専任は地域連携1名＋在宅1名。療養生活継続支援加算は主に地域連携。令和4年改正後は退院支援委員会（毎月15～25件）や同意取得・郵送・期限管理が増え、慢性期で1人月12件調整もあり、家族調整の摩擦と心理的負担、事務作業・郵送費が課題。一方事務職の補完で負担軽減も図る。

コメント

二部署分担は「患者接点の種類」で入口を分け、アウトリーチから入院・退院へ連続させる点が強みで、早期介入による重症化予防や在院期間短縮、支援の継続性が期待できる。一方で担当が在宅側に偏りやすく、診療報酬上の専従・専任要件や救急病棟運用と実態の整合を説明できる運用整理が要る。法改正後の負担増の本質は、委員会開催そのものより「期限に縛られた連絡調整・同意取得・記録・郵送」による時間消費と対人摩擦で、患者面接時間を圧迫しやすい。遠方家族の電話同意→返送不備や連絡不能は現場で制御しにくく、督促が関係悪化を招くため、調整担当の心理的ケアやクレーム対応支援も必要。好事例として、事務職を巻き込み“ワーカーでなくてもできる業務”を移管し、個別面談で配分調整して離職を抑える点は示唆的。朝ミーティングの可視化・情報共有は即日入院対応を安定させ、他病院でも導入しやすい。

B. 大貞病院（大分県）様

概要：大貞病院は法人内に相談支援事業所を持たず、地域の相談支援事業所（特に密接な3か所）と入院段階から連携し、本人同意のもと定期面談や方向性の検討を行う。PSWは4名で、地域生活支援室3名＋デイケア所属1名。3名が受診相談・インテーク／予診から入院相談、退院支援まで一貫通貫で担う。入退院支援部門として診療報酬上の登録はない。入院早期のニーズ把握は調査票上「未実施」だが、実際は家族情報や関係機関情報を時期を見て収集し、看護師・OT等も評価する。多職種会議は月1回以上、PSW／OTは毎朝の申し送りに参加。法改正で業務は増えたが家族参加が進みプラスと評価。長期入院者には平成27年開始のケア付きアパート（病院から約100m）を活用。地域移行支援は困難例中心で、委託枠中心。退院後も担当者会議や外来面談等で関与する。

コメント

本事例の核は「法人内資源の内製化」ではなく、地域の相談支援事業所を早期から巻き込み、退院支援を外部資源と共同で組み立てる運用にある。密接連携の成立要因を「人間関係」と捉えている点は、制度や形式よりも日常的な接触・相互信頼が成果を左右することを示す。またPSWが入口（受診相談）から出口（退院）まで担い、毎朝申し送りに参加することで、病棟のリアルタイム情報と地域調整を接続している。調査票上の「早期アセスメント未実施」と実態の乖離は、評価指標が現場の分散的アセスメント（家族聴取・多職種評価・関係機関連携）を拾えていない可能性があり、記載様式の改善余地

がある。法改正を「家族参加を促す仕掛け」に転換した点は、負担増を質改善に結びつける好例。ケア付きアパートは退院前の試行環境として自己効力感を支えるが、PSW 人員は逼迫しており、継続性には業務分担や地域側の受け皿拡充が鍵となる。院長方針：「まずその人を知れ。全体を知れ。それから看護・治療せよ」は重い言葉である。

C. 鷹岡病院（静岡県）様

概要：鷹岡病院では入院相談の入口は電話が中心で、来院・診察へつなぐが、精神科病院全体で待機が多く、診察や入院の即応が難しい。待機中に症状が悪化し、より重い状態で入院に至る例もある。病床は療養に余裕があっても初診はスーパー救急（48床）で受けるため、同病棟が常に逼迫し、転棟が滞ると待機が長期化する。情報収集は家族や行政、支援者から得るが、支援者不在や家族が高齢・認知症の場合は生活背景が把握しにくい。入院後は医師の方針を軸に看護師、PSW、OT等の多職種で支援を進める。入退院調整会議を月～土の朝に実施し、拡大会議やリハ委員会、地域生活支援ミーティングで支援困難例や退院調整を共有する。法改正に伴う退院支援委員会等で手続き・説明が増え、面接時間が圧迫されている。PSW確保が難しく、地域協議会に病院PSWが参加できない点も課題。入口（スーパー救急）の逼迫と手続き増で、支援の時間が削られている。

コメント

全体像として、ボトルネックは「入口（スーパー救急）集中」と「情報不足」と「制度事務の増加」が連鎖している。療養に空床があっても初診をスーパー救急で受ける構造上、転棟の詰まりが受入遅延を生み、待機中悪化→重症化→入院長期化の悪循環を招きうる。解決には病棟間移行のルール明確化や、療養で受けられる患者像・環境整備の再設計が鍵となる。また、支援者不在時に生活状況が取れない問題は、夜間救急を含め地域側の情報連携の仕組みが弱いことを示す。病院 PSW が地域支援協議会に参画できない現状は、制度改正が求める地域移行・連携の実装を阻害している。さらに法改正で説明・書類が増えた一方、評価（報酬）や人員補強が追いつかず、支援時間が奪われる。非専門職による事務分担や電子カルテ運用の標準化で負担を減らしつつ、入院前からの情報サマリー共有（訪問看護・就労支援等）を定型化することで初動の質とスピードを上げられる可能性がある。

D. 大村共立病院（長崎県）様

概要：大村共立病院は大村市にある198床の精神科単科病院で、4病棟（開放3・閉鎖1）を有し、児童思春期精神医療に力を入れている。児童思春期18床と一般病床を合わせた病棟、急性期治療病棟、開放・閉鎖の療養病棟で構成され、入院患者は常時150～160人、そのうち思春期患者が約30人を占める。認知症や20年以上の長期入院患者は少数である。思春期ユニットの拡充と、大きく減少した高齢患者の受入れに取り組んでいる。入退院支援は精神保健福祉士等のワーカーが担い、初診電話相談からインテーク、入院調整、退院支援まで一貫して対応する。退院支援開始や関係機関介入の判断は明確なパスがなく、医師判断とワーカーの経験的裁量を基に多職種で検討し進めている。相談支援事業所の人手不足で導入が難しい場合も多い。法改正による医療保護入院の期日管理・

書類業務がワーカー個人の負担となり、紙カルテ環境も相まって業務過重である。今後は電子カルテ導入を予定するが経営負担が大きく、思春期ユニット拡充による収支改善を模索している。

コメント

本病院の入退院支援は、ワーカーが初診相談から退院後支援まで一貫して担う点が強みであり、患者・家族の背景や入院経緯を早期から把握できることは思春期症例が多い病院において特に有効である。治療と生活支援を切れ目なくつなぐ実践が行われている点は評価できる。一方で、クリニカルパスや標準化された退院支援プロセスがなく、判断が医師やワーカー個人の裁量・経験に依存しているため、支援のばらつきや属人化のリスクがある。また相談支援事業所不足により、地域移行や退院後支援を医療側が抱え込みやすい構造が見られる。特に思春期や福祉サービスにつながりにくい患者では学校・児童相談所等との調整が必要となり負担が増大する。さらに法改正に伴う期日管理や書類作成が個人に集中し、支援時間を圧迫している点も課題である。病院全体での管理体制構築、事務職との役割分担、ICT活用による業務効率化を進めることが重要である。

E. 小阪病院（大阪府）様

概要：地域医療連携課に病棟経験者の看護師と精神保健福祉士を専従で配置し、入院目的や退院先の検討などを医師や病棟と情報共有し、医療・福祉の両面の視点で迅速な入院受け入れの判断を行っている。入院後の関わりはソーシャルワーク課が引き継ぎ、精神保健福祉士が必ず面接機会を設け、入院前の困りごと、退院の意向、地域支援者との関わりなど早期にアセスメントし、情報交換を行う。制度面や地域の人員の問題でサービス利用に時間を要するため、入院時より退院後の支援を検討し、継続支援ができるようにしている。急性期治療病棟では1病棟2～3名と手厚く配置し、多職種で情報共有し退院の方向性について齟齬を防ぎ、退院前訪問指導なども活用している。退院後は訪問看護やデイケア、グループホーム間で在宅ケア会議を行い、地域との密な連携・情報共有により再入院予防につなげている。法改正対応では、退院支援委員会や更新届などの期限管理・書類管理を事務員が支援し、負担を軽減し、本来の治療や支援に専念できるようにしている。

コメント

本事例の強みは、受入段階で「退院可能性」まで見通す二職種協働と、病棟経験者の専従配置により“病棟実務と地域連携の翻訳”ができている点にある。加えて、法改正で増えた期限管理・書類手続を事務職が担うことで、医師・精神保健福祉士が臨床判断と支援調整に集中でき、返戻等の運用リスクも低減している。急性期で2～3名配置しケースを絞る設計は、情報の非対称性を減らし短期入退院の品質確保策として有効である。課題は、専従要件のため担当者の変更を余儀なくされるので、退院後も継続支援ができるよう、地域との連携を密に行う必要がある。成年後見の長期待機や地域相談員不足は病院努力だけでは解けず、“制度待ち”を含む調整業務の評価、事務支援の恒常化、要件の柔軟化、地域側人材確保をセットで進める必要がある。さらに、広域入院者を家族近くへ戻す方針は望ましい一方、退院先資源の調査・調整コストが増えるため、訪問看護等の連携を在宅会議で平時から標準化し、地域格差を縮める仕掛けが再現性の鍵となる。身体合併症の転院が以前より通りやすいという変化も示されたが、個別関係に依存すると脆弱である。連携先リスト化や連絡手順の可視化まで落とし込むと、モデル化が進む。

医療機関名	浅井病院			所在地の医療圏人口	41	万人	
回答者氏名	永鷲朋久、佐藤友洋、森田和愛		職種	医師・精神保健福祉士			
病床数	387 床	精神	300 床	一般	87 床		
病棟の種別	精神病棟		6 棟	開放	1 棟	閉鎖	5 棟
	救急急性期		96 床	認知症	0 床	他	0 床
	急性期		0 床	療養	204 床		

※病院の特徴をお聞かせください。

内科病床を併設する精神科病院であり、千葉県精神科救急医療システムの東ブロック基幹病院と、山武郡市二次救急医療機関輪番病院を担っている。精神科訪問診療・訪問看護といったアウトリーチ部門にも力を入れ、サテライトクリニック、地域生活支援センター、就労支援事業所、グループホーム、地域包括支援センター、介護老人保健施設、介護老人福祉施設などを有し、医療・障害福祉・介護の切れ目のない支援を行っている。

※病院で困っている点、工夫していることがあれば教えてください。

I. 入退院支援部門の体制や業務について	
<p>当院では在宅診療支援部と地域連携支援部の2部署で入退院支援をしている。 在宅診療支援部<体制>：MHSW11名、看護師25名、作業療法士14名、その他職員41名。 地域連携支援部<体制>：入院支援と退院支援の担当者を分けて対応。入院支援は担当看護師（1名）を中心として行い、不在時は経験のあるMHSW2名が対応。入院調整・ベッドコントロールをしている。退院支援はMHSW3名、相談員1名で対応。</p> <p>在宅診療支援部<業務>：入退院支援、精神科訪問診療、精神科訪問看護、外来新患インテーク、心理検査、精神科デイケア・グループホーム等多岐にわたる業務を縦割りではなく、流動的に配置することで対応している。地域連携支援部<業務>：入退院支援、外来相談、電話相談、ベッドコントロール</p>	
II. 入院支援・入院調整に関わる体制や業務について	
<p>在宅診療支援部<体制>：電話相談・精神科訪問診療・精神科訪問看護・精神科デイケアでの状態を把握し、上長へ報告。地域連携支援部<体制>：入院支援担当看護師（1名）を中心として行い、不在時は経験のあるMHSW2名が対応。当番制で「精神科救急入院相談窓口」のPHSを携帯し、他医療機関からの入院相談に対応している。</p> <p>在宅診療支援部<業務>：電話相談、訪問診療・訪問看護で状態把握、外来新患インテークで入院希望有無の確認。入院が可能がある患者に早期介入。 地域連携支援部<業務>：入院調整、救急病棟の施設基準を満たすよう留意し、稼働率も意識してベッドコントロールを行う。常に非自発的入院割合のバランスを意識しなければならない。割合に関しては別で管理する部署があると業務負担軽減に繋がると考える。</p>	
III. 退院支援・退院支援に関わる体制や業務について	
<p>在宅診療支援部<体制>：MHSW7名、相談員3名 地域連携支援部<体制>：MHSW3名、相談員1名で退院支援をしている。</p> <p>在宅診療支援部<業務>：入院時のアセスメントを経てサービス調整、外部支援者との連携・調整、家族との連絡・調整、入院患者との定期的な面談・関係性の構築、カンファレンス参加。 地域連携支援部<業務>：入院手続き、7日以内の入退院支援カンファレンスの実施、期限・在宅復帰率・稼働率を意識した退院調整をしている。若手スタッフには先輩MHSWがサポートに入る。外来相談・電話相談、入院調整、退院支援委員会もある。</p>	
IV. 法改正に対応した体制や業務について	
<p>医療保護入院者退院支援委員会の調整や書類作成等の事務作業に追われている。長期入院患者は毎月対象者がいるが、個人の管理は困難。診療情報管理室で毎月の対象者一覧を事前に各MHSWに配布。それを見て医師、家族、関係機関との日程調整を行う。医療保護入院継続のための手続きとなっているケースもあれば、退院支援のきっかけになるケースもある。虐待通報の義務化については、入院時に医師から説明するとともにMHSWからも面談時に説明している。医療安全管理部が院内の虐待通報窓口となっている。</p>	
V. 精神保健福祉士の業務の量や内容、人数、確保状況について	
<p>在宅診療支援部：MHSW9名・相談員4名、資格取得希望者の自主学習、実習中の実習生との関わり、積極的な実習生の受入れ、インスタ発信、アルバイト、インターン。今年度は4名が入職。来年度は8名の入職が見込まれている。</p> <p>地域連携支援部：数字を意識した入退院支援、退院支援委員会の調整・事務作業、外来相談・電話相談、精神科入院支援加算や療養生活継続支援加算算定の取り組み、各種委員会への出席、記録等業務量が多岐にわたる。限られた人数と時間で対応していくためにも業務の整理は必要。人材確保については、SNSを利用した情報発信、実習生に病院MHSWの魅力を伝えて少しでも興味を持ってもらえるようしている。</p>	
VI. その他、ぜひ言いたいこと、共有したいこと	
<p>在宅診療支援部：業務が多岐にわたるため、適材適所の人員配置が可能となっている。一人一人の業務マネジメントを丁寧にやっており、やりがいを感じられるよう配慮している。 地域連携支援部：人権擁護の意識が強まっている中で、精神科救急病棟において年間6割の非自発的入院割合が施設基準となっていることに疑問を感じる。医療保護入院者退院支援委員会は本人と家族との接点となり、退院支援に繋がるケースもある。プラスに働く面もあるが、日程調整や事務作業に要する業務量が多く、患者と向き合う時間が減っている。支援と数字の間で葛藤することもある。バーンアウトしないような仕組みが必要。専門性を発揮できる環境を整え、やりがいを維持できるような世間に職業認知を拡大できるとよい。</p>	

令和7年障害者総合福祉推進事業 ヒアリング調査
「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」

医療機関名	医療法人向心会 大貞病院				所在地の医療圏人口	・	万人
回答者氏名	田仲正典			職種	相談員		
病床数	136 床	精神 136 床	一般 0 床	開放 50 床	閉鎖 86 床		
病棟の種別		精神病棟 136 棟	開放 50 棟	閉鎖 86 棟			
		救急急性期 0 床	認知症 0 床	他 0 床			
		急性期 0 床	療養 104 床				

※病院の特徴をお聞かせください。

「社会復帰」と「地域に開かれた、地域と共存する精神科病院」を目指す。

※病院で困っている点、工夫していることがあれば教えてください。

I. 入退院支援部門の体制や業務について
入院支援・受診支援問わず、地域生活支援室のPSW3名がインテーク面接を行ない、より詳しい基本情報を収集し、初診時の医師の負担を軽減している。また、入院・退院支援問わず、必要時には他関係機関・当院多職種との連携を図っている。
II. 入院支援・入院調整に関わる体制や業務について
上記同様
III. 退院支援・退院支援に関わる体制や業務について
上記同様
IV. 法改正に対応した体制や業務について
特に医療保護入院の法改正で医療保護入院者退院支援委員会を行なう等、PSWだけでなく医師も含め多職種も業務が増え、医療保護入院者期間変更届が複雑になったが、特に今までの体制と業務に変わりはない。
V. 精神保健福祉士の業務の量や内容、人数、確保状況について
①初診相談 ②インテーク面接 ③初診同席、自立支援医療・障害福祉手帳・障害者総合支援法医師意見書・障害年金、介護保険主治医意見書などの申請及び更新支援や上記のIと以前報告した啓発活動や長期入院患者の退院支援を行なっている。また患者を入れた行動制限最小化委員会にも取り組んでいる。
精神保健福祉士は地域生活支援室に3名、精神科デイケアに1名、計4名 今後精神保健福祉士を増やす予定はない。
VI. その他、ぜひ言いたいこと、共有したいこと
以前その他で報告した内容。

令和7年障害者総合福祉推進事業 ヒアリング調査
「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」

医療機関名	公益財団法人復康会 鷹岡病院				所在地の医療圏人口	38	万人	
回答者氏名	小山隆太		職種	精神保健福祉士				
病床数	151	床	精神	151	床	一般	0	床
病棟の種別	精神病棟		3	棟	開放		0	棟
	救急急性期		48	床	認知症		0	床
	急性期		0	床	療養		103	床
閉鎖		3	棟	他		0	床	

※病院の特徴をお聞かせください。

静岡県富士圏域の精神科救急基幹病院の役割を担っている。
認知症疾患医療センターの指定、富士市から認知症初期集中支援チームの委託を受けている。

※病院で困っている点、工夫していることがあれば教えてください。

I. 入退院支援部門の体制や業務について
外来相談や退院後の生活に向けての支援は主に医療相談課（精神保健福祉士で構成）が中心であるが、外来看護師、訪問、デイケアなど他部署、多職種で対応はしている。
各部署や多職種の介入の集約の機会として、入退院調整会議、院内リハビリテーション委員会、地域生活支援ミーティングといった院内の協議の場を設置している。
II. 入院支援・入院調整に関わる体制や業務について
外来での電話相談、来院相談の対応が業務としてあり、上記記載同様に医療相談課が主となるが、相談内容の共有は各種院内の会議、委員会でも共有、検討、院内合意形成をとっている。
III. 退院支援・退院支援に関わる体制や業務について
各病棟では主治医ごとに月に1度はカンファレンスを実施し、病棟だけでなく経験あるスタッフがカンファレンスに同席したり、院内リハビリテーション委員会が支援に介入することもある。
IV. 法改正に対応した体制や業務について
法改正の内容を事務課、病棟監督職と共有を図り、役割分担をして対応している。事務課が書類、入院期間の確認をし、医局や病棟、医療相談課と共有。各職種で対応している。
虐待防止の関連は管理職、監督職それぞれの会議で、集約の場としての委員会がある。入院者訪問支援事業は病棟配置の精神保健福祉士が窓口となるが、法定の実務者会議には看護部、医療相談課の複数職種で参加している。
V. 精神保健福祉士の業務の量や内容、人数、確保状況について
業務は生活相談、受診・受療に関する相談、療養上の相談、退院に関する相談対応の他院内外のサービスの相談対応、加えて、個別相談をフォローする役割、院内外への発信の業務がある。人数は8名であるものの、
それぞれの事情（子育てや介護）を抱えていることもあり、十分とはいえず、相談対応を考慮すればまだ必要。ただ、確保はなかなかできていない。特に、数年新卒者の採用はない。
VI. その他、ぜひ言いたいこと、共有したいこと
非自発的入院の現行のやり方はご本人、同意者も混乱を招いており、入院制度の見直しの必要性があると感じている。また、行政機関の関り、相談支援体制の脆弱さはどこの地域でもみられ、一つの機関があたかも問題があるかのような意見が多い。官民協働での体制づくり、保健機能の発揮、質が担保され、統制された福祉、良質な医療の展開が望まれると思われる。

令和7年障害者総合福祉推進事業 ヒアリング調査
「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」

医療機関名	大村共立病院			所在地の医療圏人口	・	万人
回答者氏名	澤 乃來華		職種	精神保健福祉士		
病床数	198 床	精神 198 床	一般 0 床			
病棟の種別		精神病棟 5 棟	開放 4 棟	閉鎖 1 棟		
		救急急性期 0 床	認知症 0 床	他 42 床		
		急性期 50 床	療養 106 床			

※病院の特徴をお聞かせください。

当院は幼少期から老年期における幅広い年代の患者さんが通院しています。ニーズが多いのは発達障害に関する検査、診断に関してで、その周辺症状に対する精神的アプローチや、思春期病棟があり思春期に関連するメンタルヘルスの問題にも介入が可能な点が特徴として挙げられます。

※病院で困っている点、工夫していることがあれば教えてください。

I. 入退院支援部門の体制や業務について
各病棟の担当制になっています。外来担当はおらず、病棟で担当したケースをそのまま外来でも担当していきます。
ケースワークにおけるクリニカルパス等は導入しておらず、患者さんのニーズに応じたソーシャルワーク介入を行っております。
II. 入院支援・入院調整に関わる体制や業務について
新患の場合等、電話相談の段階で緊急性の高いケースはPSWから入院を勧めることもあります。その後の対応は家族や本人のニーズを聞き取りながら、医師とも相談していきますが、早期介入ができるように心がけています。
また、最近は強度行動障害の方の薬剤コントロールの依頼や、問題行動に対して施設や家族が受け入れられないことに対してのお預かりの形の入院依頼が増えてきていると感じています。
III. 退院支援・退院調整に関わる体制や業務について
退院時の家族の拒否がある場合がある。また精神疾患を持った高齢者の高齢者施設への受け入れ渋り、精神疾患に対しての偏見などがまだ根強く残っている印象があり、退院調整がうまくいかないこともあります。
IV. 法改正に対応した体制や業務について
医療保護入院者の法に基づいた期日管理がPSW個人の管理になっていることが負担が大きいと思う。PSW内での相互的なチェック体制をとってはいるが、医師やその他の職種がその期日を意識した業務をしているかという点、そうではない。
今後当院でも電子カルテが導入される予定だが、カルテを開いた時にその期日が意識できるようなシステムになっていることを望んでいる。
V. 精神保健福祉士の業務の量や内容、人数、確保状況について
長期療養病棟になると、精神疾患の重症な方も多く、医療保護入院せざるを得ない状況の方が多くいるため、毎月書類の管理に追われることが多くなった。
法改正に対応した業務以外にも、診断書作成の補助やデータの管理、調査への対応などのデスクワークにかかる時間は業務外になってしまうことも多々あります。最近は病院に務めたくない新卒者も多いようで、求人を出してもなかなか人員が集まりません。（昨年は何とか2人入ってくれましたが）PSWが行っている業務に対する対価が低く、給与に直結していない印象があるのではないのでしょうか。私は長年これでやってきたので、業務外でも勉強したり、仕事したりするのが当たり前だと思って若い時はやってきました。しかし今の若い子は感覚が少し違うようです。PSWという国家資格だけでなくスキルアップのための認定をとることで病院で行った業務に対する対価が上がるなど、そのような制度があると、より病院PSWの魅力ややりがいにつながっていくのではないかなと思いました。
VI. その他、ぜひ言いたいこと、共有したいこと
外来で療養生活継続支援加算も導入していますが、計画書やモニタリングなどの手間も多く、活用出来ていません。

令和7年障害者総合福祉推進事業 ヒアリング調査
「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」

医療機関名	社会福祉法人天心会 小阪病院			所在地の医療圏人口	81	万人		
回答者氏名	永田 真由美		職種	看護師				
病床数	537	床	精神	537	床	一般	0	床
病棟の種別	精神病棟		9	棟	開放		6	棟
	救急急性期		0	床	認知症		117	床
	急性期		60	床	療養		180	床
	閉鎖		3	棟	他		180	床

※病院の特徴をお聞かせください。

- ・ rTMS療法に力を入れている。
- ・ 認知症専門医による認知症外来。
- ・ 入院中はすべての患者様に担当相談員がつく
- ・ 隔離・拘束が少ない
- ・ 虐待防止のための倫理カンファレンスを徹底して行っている

※病院で困っている点、工夫していることがあれば教えてください。

I. 入退院支援部門の体制や業務について
<p>入院受け入れ（前方支援）は地域医療連携課、退院調整（後方支援）はソーシャルワーク課と前方・後方で部署が分かれています。地域医療連携課は3名体制、ソーシャルワーク課は17名体制。それぞれに特化することで、より専門性を高めスピーディーに対応できるようにしています。</p> <p>退院推進室として、専従の看護師1名と精神保健福祉士1名を配置し、デイケアや支援センターのメンバーや職員とも協力している。院内での地域移行の取り組みとして、当事者の体験報告や病棟茶話会、施設見学ツアー等の院内研修などの企画・運営を行っている。</p> <p>また月1回、院内の地域医療連携会議に参加し、入退院状況の共有や意見交換を行っている。</p>
II. 入院支援・入院調整に関わる体制や業務について
<p>入院受け入れ担当の地域医療連携課では、入院依頼があればすぐに部署内で情報を共有し、どの担当者でも統一された対応ができるように部署内の連携を密に行っている。また、迅速な対応・返答ができるように医師や病棟ともスムーズな連携を行っている。</p> <p>地域医療連携課内に看護師と精神保健福祉士がいるので、医療的な面、福祉的な面のどちらの視点でも事例検討できるようにしている。入院調整の時点から当院で提供できる医療、福祉サービスの想定するよう心掛けている。</p> <p>身体合併症により転院したケースは、転院戻りの調整をスムーズに行えるように元の担当精神保健福祉士が対応することとし、転院先に病状照会も行っている。</p>
III. 退院支援・退院調整に関わる体制や業務について
<p>入院形態に関わらず精神保健福祉士が担当につき、入院時面接を行い、治療目的や退院後の意向など初期アセスメントを行い、必要な社会資源の紹介を行っている。</p> <p>必要に応じて、退院前訪問指導も活用し、自宅訪問、施設見学なども行っている。</p> <p>また、サマリーのお渡しや外泊送迎同行なども行い、地域援助事業者とも連携を行っている。</p>
IV. 法改正に対応した体制や業務について
<p>医療保護入院者退院支援委員会については、エクセルを活用し、医局・ソーシャルワーク課の各クラスにて書類管理や期限管理を行ってもらっている。調整は、基本的には担当精神保健福祉士が行うが、多職種で協力して適切に更新手続きができるようにしている。</p> <p>退院後生活環境相談員の案内を入院時面接の時にお渡しするようにしている。入院者訪問支援事業についても、リーフレットを渡し、本人に周知するようにしている。</p> <p>虐待防止対策については、人権擁護委員会が中心となり、虐待防止マニュアルを作成し、院内で周知や研修などを行っている。</p>
V. 精神保健福祉士の業務の量や内容、人数、確保状況について
<p>病棟担当制を取っており、退院支援やケースワークが適切にできるように、入退院の多い病棟や医療保護入院が多い病棟は業務量が多くなるため、複数名配置するなど病棟の特性に応じて人員を配置している。外来患者様の対応は輪番制にしているが、病棟業務と兼務することが多いため、十分な対応ができていない現状がある。</p> <p>必要に応じて応募を出し、採用面接や施設見学案内などを行い人員は確保できているが、年齢層が被っていることもあり、ライフイベント（結婚、出産、介護など）に応じてほぼ毎年入退職があるため、そのたびに部署内外で担当の変更などがでてしまう状況。</p>
VI. その他、ぜひ言いたいこと、共有したいこと
<p>法改正により、医療保護入院者退院支援委員会の調整や事務的な業務が増え、本来の退院支援業務に支障が出ているため、ケース状況に即した対応のできる柔軟性のある制度にしてほしい。</p>

8. 考察

1) 調査結果全体を通じて

本調査の回答率は32.6%であった。本結果は、回答の得られた病院の状況を反映したものであり、調査対象病院全体の状況を一律に示すものではない点に留意が必要である。しかし一方で、日精協会員病院および自治体・国立病院から一定数の回答が得られており、回答病院における現状や傾向を把握する資料としては有用であると考えられる。より多くの病院の実態を把握するためには、調査票の設問数や記入時間を意識した設計、Web回答の活用などにより、回答負担の軽減を図ることが重要である。また、調査目的や結果の活用方法を明確に示すことで、病院側にとって調査の意義が理解しやすい形とする工夫も求められる。これらの改善を通じて、より多くの病院からの協力を得られる調査体制の構築を図りたい。

入院・退院支援に関する自由記述では、全国から295件もの多くの回答が寄せられ、各地域における取組や課題、工夫点が具体的に示された。入院から退院、退院後を見据えた支援や多機関との連携の重要性が改めて明らかとなり、地域差や体制上の課題も可視化された。

全国の精神科医療機関における入退院支援の実態から、現在の精神保健医療体制は、個々の医療機関および精神保健福祉士（PSW）の努力に過度に依存した、極めて脆弱な構造にあることが明らかとなった。単身高齢者や身寄りのない患者の増加、身体合併症への対応困難、退院先・地域資源の不足といった課題は、もはや現場努力で解決できる段階を超えている。特に深刻なのは、医療保護入院や措置入院における同意者・身元引受人の確保、経済的問題への対応、成年後見制度の申立てなど、本来は行政が主体的に関与すべき課題が、医療機関、とりわけPSWに事実上医療機関側の負担として集中している現状である。この結果、PSWは患者支援と同時に、事務手続き、制度調整、家族・行政対応を担わざるを得ず、専門性を十分に発揮できないばかりか、慢性的な業務過多に陥っている。

さらに、退院支援委員会の法定化や更新手続きの増加により、書類作成、期限管理、日程調整といった事務作業が大幅に増大している。一方で、これらの業務は診療報酬上十分に評価されておらず、「制度を守るほど現場が疲弊する」という矛盾を生み出している。この状況は、入院の長期化や地域移行の停滞を招き、結果的に医療費の増大という社会的損失にもつながっている。

以上の状況を踏まえ、今後は、身寄りのない患者や同意者不在事例への対応について、成年後見制度、市町村長同意、生活支援を一体的に運用する行政関与を前提とした標準的な支援モデルの構築が求められる。また、入退院支援および退院支援委員会に係る事務負担の軽減に向け、手続きの簡素化やICTの活用、事務支援体制の整備を検討する必要がある。さらに、入院から退院後の地域生活定着までを一連の支援として捉え、精神科入退院支援を診療報酬上適切に評価する制度設計への見直しが求められる。これらの制度的対応を通じ、医療機関の努力に過度に依存しない、持続可能な精神科入退院支援体制の構築を図ることが重要である。

本事業の実施期間中、令和8年6月改定における診療報酬の概要が提示された。改定では、精神保健福祉士の病棟における専従要件が見直され、精神科病棟に配置する精神保健福祉士の「専従」の取扱いが緩和された。同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、退院後や入院予定の患者支援等について、病棟外において

も切れ目なく支援できる体制整備が可能となった。具体的には、当該病棟の患者支援を目的として、保険医療機関外への付き添い等の業務を行うことが認められた。また、業務に影響のない範囲において、入棟予定の患者、または退棟・退院した患者の支援に係る業務については、病棟以外の場所で業務を行うことが可能となった。本改定により、本事業で取り組んだ退院後支援・入院前支援の取組が制度上も後押しされることとなり、本事業の成果を制度的に位置付ける重要な進展となった。

(文責：中島公博)

2) 精神保健福祉士・看護師の立場から

精神科病院における入退院支援について、これほど多岐にわたる内容を対象とした調査が実施されたことは、極めて貴重である。本調査の集計により、入退院支援に関わるさまざまな局面の実態が可視化されたことは、最大の成果であったといえる。また、「入院・退院支援の問題点・工夫点」に関する多数の自由記述や個別病院へのインタビューからは、各医療機関が日頃から工夫を重ねながら支援に取り組んでいる様子や、直面している課題、独自の取り組みなどが明らかとなった。

以下、調査結果を踏まえ、主な点について考察する。

①入退院支援の実態について

まず、受診・入院相談においては、精神保健福祉士が中心的役割を担っていることが明らかとなった。相談の多くは家族等を起点としており、精神保健福祉士は、関係者からの情報を集約し、院内調整を行いながら、受診・入院へとつなぐ役割を果たしている。これにより、精神保健福祉士は、医療機関における窓口機能を担うとともに、医療と生活の双方を見据えた支援の出発点を形成しているといえる。

入院相談時のアセスメントにおいては、「受診の緊急性」「医療機能への適応」「入院形態の成立」など、医学的・法的要素が最優先されていることが確認された。医師の診療を補助する立場として、入院直前・直後の患者の身体的・精神的状況の把握は主に看護師が行っており、状態を観察・評価し、その情報を診療に反映させていた。あわせて、多職種と協働しながら療養環境の調整を行い、適切な治療方針の共有と病棟への円滑な引き継ぎに務めていた。一方で、住居環境や経済状況といった生活面の要素は、相対的に優先度が低い傾向がみられた。精神保健福祉士は、これらの情報を総合的に整理し、医師や関係部署と共有しているが、退院後の生活安定を見据えた観点からは、より早期かつ体系的な把握体制の構築が求められる。

入院初期における説明および情報収集については、看護師と精神保健福祉士が役割分担しながら対応しているケースが多い。しかし、入院直後は本人および家族の不安が強く、十分な情報が得られにくい状況も少なくない。そのため、多くの医療機関では初回面談や継続的面接を通じて、段階的に状況整理や方針共有を行っている。精神保健福祉士は、こうした過程を通じて信頼関係を構築し、支援の基盤を形成している。

医療機関間連携においては、精神保健福祉士等の医師以外の職種が調整窓口となるケースが多数を占めている。診療情報提供書の調整や情報整理を担うことで、医療連携の実質的な基盤を支えている状況が明らかとなった。一

方で、医師同士の直接的な連携は限定的であり、今後は多職種連携を基盤としつつ、治療方針の共有を含めた連携体制の充実が課題である。

地域援助事業者との連携については、介護保険事業者や特定相談支援事業者への紹介が比較的多い一方、一般相談支援事業者への紹介は十分とはいえない状況が示された。高齢患者の増加や既存の介護サービスとの結びつきが影響していると考えられる。また、地域援助事業者の紹介は医療保護入院者を中心に行われる傾向があり、任意入院者に対する支援導入が十分に機能していない可能性が示唆された。入院形態にかかわらず、地域生活を見据えた支援につなぐ視点の強化が必要である。

退院支援においては、精神保健福祉士が中核的役割を担っていることが明確となった。退院支援は、医師の判断のみで開始されるものではなく、入院初期からの継続的アセスメント、信頼関係の構築、多職種間の情報共有の積み重ねによって成立している。また、外出同行や行政手続き支援、生活訓練支援など、退院後の生活を見据えた実践的支援も広く実施されている。これらの業務は診療報酬上十分に評価されておらず、制度的な位置付けの検討が求められる。

②入退院支援部門の形態について

入退院支援部門を設置している病院は 8 割弱にのぼり、その多くに精神保健福祉士が配置されている。また、約 4 割の病院では看護師が配置されており、精神保健福祉士と看護師が同一部門で連携する体制が特別ではなくなっていることがうかがえた。一方で、精神保健福祉士の配置率から比べると看護師の配置率は低く、慢性的な看護師不足の中で専従者を確保することが多くの医療機関にとって大きなハードルとなっていることが推察された。

入院支援において、受診・入院相談を主に担当しているのは精神保健福祉士であるが、精神保健福祉士と看護師が共同で対応している病院や、相談対応を精神保健福祉士が担い、病床調整を看護師が担当している病院もみられた。入退院支援部門における両職種の連携は、入院支援の場面が多いようである。

③医療保護入院期間更新手順の複雑化の影響について

医療保護入院期間更新手順が変更となり、「寄り添った退院支援がしやすくなった」と評価する病院が 4 割弱である一方、「患者支援に充てる時間が減った」と評価する病院が 5 割強を占めていた。また、「手続きが形骸化してきた」と評価した病院は 7 割強にのぼった。

これまで十分な退院支援が行われてこなかった医療保護入院者に関わる機会が増えた点は評価できるものの、手順に沿って更新を行うこと自体が目的化している傾向がみられる。その要因として、手順や書式が過度に細分化されていることにより、非自発的入院者の権利擁護としての意義が理解されにくいこと、また更新業務の中心を担う精神保健福祉士の業務過多が挙げられる。一方で、更新要否を慎重に検討するようになった結果、医療保護入院者が減少した病院も多く、患者自身の入院治療に関する意思決定が促進されていることがうかがえる。

④精神保健福祉士の業務過多について

精神保健福祉士の正職員数が人員計画を下回っている病院は 4 割強にのぼり、その多くが人材確保に苦慮している実態が明らかとなった。募集しても

応募がない病院が多く、人手不足が慢性化している状況がうかがえる。

近年、精神科病院では多職種・多機関連携による退院支援が定着しつつあり、入院期間の短期化とともに支援件数は増加している。多くのケースを同時に担当し、期限管理や関係者間調整を行いながら支援を進めることは、精神的負担が大きく、疲弊につながりやすい。こうした状況が離職や就職敬遠を招き、人手不足を惹起している可能性も考えられる。

調査では、事務負担軽減のために事務職員を配置したり、部署横断的に業務を補完したりする工夫を行っている病院もみられた。精神保健福祉士は、患者支援の延長として各種問い合わせ対応や書類作成補助などを担っている場合も少なくない。これらの業務を含めて役割を整理し、業務の見直しを行うことは、負担軽減に有効であると考えられる。その際には、精神保健福祉士自身が検討に参画し、自院における精神保健福祉士の役割や優先順位を確認しながら進めることが望ましい。

(文責：草地仁史・川口真知子・澤野文彦)

3) 医療経済からみて

本調査結果を分析すると、精神科病院における経営基盤を安定させ、国が推進する「地域生活中心」の医療提供体制への移行を両立させるには、入退院支援機能の質的・量的充実を図る必要性が明らかとなった。特に、精神保健福祉士の配置と活用がもたらす影響は、単なる一専門職の雇用にとどまらず、病院全体の経営最適化に深く寄与している。

第一に、病院経営における収益構造の適正化という視点である。本調査の集計結果を概観すると、精神保健福祉士を厚く配置している病院ほど、精神科救急急性期医療入院料や精神科急性期治療病棟入院料、あるいは入退院支援加算などの届出率が高い傾向にある。これは、精神保健福祉士が入院相談から初診時のアセスメント、そして入院早期からの退院支援計画策定に深く関与することで、急性期機能を促進させていることを意味する。入院収益の合理性からみれば、入院期間が長期化するにつれて診療報酬が低減する構造がある中で、精神保健福祉士の介入によって平均在院日数を短縮し、病床の回転率を向上させることは、限られた病床資源をより必要性の高い患者へ提供する機会を高め、結果として病院の医業収益の維持向上を支えるポンプ機能となっている。

第二に、人的資源の運用効率の改善という点である。施設基準における厳格な専従要件は、現場の実態として「人的リソースの硬直化」を招く側面が否めない。特に小規模な病院や専門性の高い単科病院においては、限られた資格保有者が特定の病棟業務にのみ縛られることで、組織全体の柔軟な対応が阻害されていることを指摘しうる。このような要件緩和により、院内の状況に応じて精神保健福祉士が複数の役割を柔軟に担える体制を整えば、支援のミスマッチが削減され、一人ひとりの専門職の生産性を高めることが期待できる。これは、人件費が高騰する中で、専門職の能力を最大限に引き出し、組織全体のパフォーマンスを向上させるための体制整備といえる。

第三に、ヒアリング調査からの「事務的負担」という経済的損失の課題である。令和6年4月に施行された改正精神保健福祉法により、医療保護入院の更新手続きや退院支援委員会の運営、地域援助事業者の紹介義務化など、

法的な事務手続きが大幅に増加した。これらの業務は、専門性の高い教育を受けた精神保健福祉士による「心理社会的介入」や「地域資源とのマッチング」といった本来担うべき業務時間を著しく圧迫しており、職能上の大きな機会損失を生んでいる。事務作業の煩雑さにより専門職が疲弊し、最終的に離職に至ることは、新たな採用コストや教育コストの増大を招く負の連鎖を生む。一部の病院で見られた事務補助職や医局秘書へのタスク・シフティングは、単なる労働環境の改善にとどまらず、専門職をその本来の領域に集中させるという合理性は尊重されるべきであり、その方向性は今後より一層広く普及され、評価・支持されるべきである。

第四に、長期入院者の退院促進がもたらす、より広義の経済的効果である。調査では、高齢化に伴う身体合併症や引き受け先不在による退院困難事例が依然として大きな課題として挙げられた。こうした患者が適切な支援なしに精神病床に留まり続けることは、医療提供側と患者側の双方にとって、医療資源の活用において不適切な連鎖につながると思われる。精神保健福祉士が介護施設や地域援助事業者と粘り強く調整を行い、適切な受け皿を確保することは、精神科医療費の適正化だけでなく、地域全体におけるケアの効率化に貢献している。今回のヒアリングで、介護施設等との連携強化や保証人代行サービスの活用などの工夫が報告されたが、これらは個別の病院努力に依存するだけでなく、システムとして診療報酬や福祉サービスの枠組みで支えていく必要がある。

第五に、今後のデジタルトランスフォーメーション（DX）によるコスト削減の可能性である。調査結果からは、多職種連携や院外連携における情報共有の煩雑さが課題として指摘された。ICTを活用した情報共有プラットフォームの導入や、事務作業の自動化は、初期投資こそ必要であるものの、長期的には精神保健福祉士の業務効率を高め、人的コストの削減と支援の質向上を達成する手段となる。

結論として、今後の精神科病院経営においては、精神保健福祉士の配置を、単なる人件費という「コスト」として捉えるのではなく、病床運用を円滑化し、診療報酬の質を高め、組織の柔軟性を確保するための「不可欠なインフラ」として捉えなおす視点を持つべきであろう。専従要件の緩和を提案しつつ、事務分担の明確化や業務の標準化を並行して進めることが、将来にわたる持続可能な精神医療供給体制を築くための有効なアプローチの一つである。入退院支援全体を包括的に評価し、その多職種連携のプロセスを適切に診療報酬で評価することが、結果として精神科の医療費負担の適正化と、質の高い精神医療の提供という両目的の達成に寄与するものと考えている。

（文責：長瀬幸弘）

9. 成果物公表計画

公益社団法人日本精神科病院協会のホームページ (<https://www.nisseikyo.or.jp/>) にて公表する。また、成果物は製本し、アンケート実施対象施設等に配布する。

10. おわりに

本報告書は、精神科病院における入退院支援について、入院時・退院時・退院後の各段階に分けて調査を行い、支援内容、院内体制、ならびに地域機関との連携の実態を可視化したものである。精神保健福祉士が中核的役割を担う一方で、法改正に伴う事務負担の増加や専従要件等により、運用が硬直化する課題も確認された。こうした結果を踏まえ、現場実態に即した配置要件および診療報酬上の評価の見直しを提言し、持続可能な地域移行を支える基礎資料として提示した。また、令和8年度診療報酬改定において、精神保健福祉士の専従要件が緩和されたことは、本事業で得られた知見と提言が一定の成果として結実したものと考えられる。

本調査にあたり、貴重な実践および知見をご提供いただいた関係者の皆様に、深く感謝申し上げます。

11. 参考文献

日精協誌 44 巻 12 号 (2025 年) の特集は、「近年の法改正を経て拡大する精神保健福祉士の役割」を中心テーマとして構成されており、精神保健福祉法等の法改正、診療報酬改定の方向性、さらに精神科病院における精神保健福祉士業務の変化を一括して参照できる点に大きな有用性がある。制度改定の条文や通知だけでは把握しづらい運用上の含意を、精神科病院の実務に即して整理しているため、現場における入退院支援・退院後支援の体制整備を検討する際の根拠資料として適している。制度と実践を結び付ける媒体として、本特集の価値は高い。

- 1) 西川浩司「法改正や診療報酬改定により拡大する精神保健福祉士の役割」日精協誌, 44 (12), 2025, pp. 7-.
- 2) 中島公博「令和7年度障害者総合福祉推進事業『精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究』の一次調査結果を踏まえて」日精協誌, 44 (12), 2025, pp. 13-.
- 3) 澤野文彦「診療報酬上における精神保健福祉士の位置付け—近年の診療報酬改定を受けて—」日精協誌, 44 (12), 2025, pp. 20-.
- 4) 尾形多佳士「変わりゆく支援現場と精神保健福祉士の存在意義—精神保健福祉法改正の影響：広がる実践と問われる専門性—」日精協誌, 44 (12), 2025, pp. 26-.
- 5) 森田和愛・佐藤友洋・浅井慎之「包括的支援マネジメントにおいて精神保健福祉士が果たす役割—療養生活継続支援加算、精神科入退院支援加算、精神科訪問看護を中心に—」日精協誌, 44 (12), 2025, pp. 33-.
- 6) 大西保正「地域とのチームづくりを目指した地域連携の取り組み」日精協誌, 44 (12), 2025, pp. 42-.
- 7) 吉田 崇・佐藤裕美「慈圭病院における外来部門での精神保健福祉士の業務」日精協誌, 44 (12), 2025, pp. 48-.

- 8) 竹井美季「変わりゆく精神科病院で精神保健福祉士が果たす役割」日精協誌, 44(12), 2025, pp. 54-.
- 9) 中野心介・澤 乃来華「児童思春期に重きを置く精神科病院における精神保健福祉士の活躍について」日精協誌, 44(12), 2025, pp. 59-.
- 10) 宇都友裕「近年の精神保健福祉士の役割と業務の変化」日精協誌, 44(12), 2025, pp. 64-.

12. 有識者会議、ワーキンググループ（WG）

第1回有識者会議

日時：令和7年7月3日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・事業目的、スケジュールの確認
- ・調査票質問項目の検討
- ・好事例収集質問項目の検討
- ・入退院支援に係る診療報酬上の検討

第2回有識者会議

日時：令和7年8月6日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・スケジュール確認
- ・一次調査に関する検討
- ・二次調査のアンケート項目の検討

第3回有識者会議

日時：令和7年11月17日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・調査集計結果の確認
- ・調査集計結果の分析・検討
- ・インタビュー機関の選定、質問項目

第4回有識者会議

日時：令和8年2月12日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・インタビュー結果の分析、検討
- ・報告書の構成検討・役割分担

第5回有識者会議（最終確認）

日時：令和8年3月5日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・報告書印刷前の最終確認

第1回WG

日時：令和7年7月11日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・事業目的、スケジュールの確認
- ・調査票質問項目の検討
- ・調査方法および調査客体の検討

第2回WG

日時：令和7年1月16日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・ヒアリング調査 インタビュー項目
- ・報告書案の検討

第3回WG

日時：令和7年2月20日

会場：日本精神科病院協会会議室・Web

検討内容：

- ・報告書 考察のまとめ

13. 事業の委員等名簿

有識者会議構成員（委員長：中島公博）

中島公博	医療法人社団五稜会病院	医師
長瀬幸弘	医療法人社団東京愛成会高月病院	医師
櫻木章司	医療法人桜樹会桜木病院	医師
馬屋原健	医療法人社団緑誠会光の丘病院	医師
大村重成	医療法人緑心会福岡保養院	医師
杉山直也	公益財団法人復康会沼津中央病院	医師
松岡龍雄	医療法人和風会広島第一病院	医師
木村大	医療法人学而会木村病院	医師
草地仁史	日本精神科看護協会 業務執行理事	看護師
川口真知子	日本精神保健福祉士協会 公益財団法人井之頭病院	精神保健福祉士

WG構成員（委員長：長瀬幸弘）

長瀬幸弘	医療法人社団東京愛成会高月病院	医師
大村重成	医療法人緑心会福岡保養院	医師
松本善郎	医療法人蔦の会たなか病院 副院長	事務
関晶比古	医療法人財団厚生協会 東京足立病院理事長	事務
澤野文彦	日本精神保健福祉士協会 公益財団法人復康会 沼津中央病院	精神保健福祉士

検討委員会事務局担当

日本精神科病院協会：大竹正道、神宮司豊美、不破啓佑

事業実施計画書

指定課題番号	応募団体名
27	公益社団法人日本精神科病院協会

1 事業名	精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究
2 国庫補助所要額	9,822 千円
3 事業実施予定期間	内示日 から 令和 8 年 3 月 31 日
4 事業計画	<p>(1) 事業の目的</p> <p>近年の精神保健医療福祉施策においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」をはじめとする当事者の地域生活を支えるための施策が推進されている。また、精神保健福祉法の令和4年改正では、「医療保護入院の期間の法定化」や「退院促進措置の充実」によって、入院期間の短縮とケースマネジメントの更なる促進が図られている。さらに診療報酬の面からは、令和6年改定により「精神科地域包括ケア病棟入院料」や「精神科入退院加算」の新設等、地域移行・地域定着に向けた重点的な支援が図られているところである。反面、精神科病院等の医療現場では、これらを実施するためにより多くの人的資源が必要とされる点やひとつひとつのケースマネジメントに係る事務処理量の増大に見合った診療報酬をはじめとする経済的な裏付けが十分ではないとの声も挙がっている。</p> <p>そこで、精神科病院における入退院支援の実態、その具体的な支援の内容、院内における多職種連携体制、退院後の地域生活を支える地域援助事業者等との連携の状況等を明らかにするための基礎資料を作成するとともに、それに対する適正な評価のあり方を検討することによって、入退院支援の更なる推進を図るものである。</p> <p>(2) 事業内容及び手法</p> <p>1. 研究対象</p> <p>全国の精神科病院として、公益法人社団日本精神科病院協会（日精協）の全ての会員病院（1,175 病院）や、精神科病床を有する国立・自治体立等病院（自治体病院）等、届出受理医療機関名簿より精神科病床を有する全ての医療機関を対象として、入退院支援における多職種・多機関の支援状況に係る調査を行う。</p> <p>2. 研究方法</p> <p>対象施設にアンケート形式の調査票をメール、郵送等で送付し、記入後返送してもらい、回答結果の集計・分析を行う。およそ6割の施設からの回答を目標とする。</p> <p>調査内容は、入退院支援における多職種・多機関の支援状況を把握するため、下記項目の観点から、事業の有識者会議において詳細に検討する。有識者会議の下にワーキンググループ（WG）を作り、調査の実務を担う。</p> <p>①入院時の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院前後の調整 ・早期アセスメント ・カンファレンス ・受入時の工夫点等 <p>②退院時の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後生活環境相談員の活動内容 ・退院支援委員会等の開催状況（参加者、属性、検討内容等） ・退院支援計画の内容 ・地域援助事業者の紹介状況

- ・本人の面会の状況
- ・退院後の支援の調整状況
- ・退院前訪問や共同指導の状況
- ・入院者訪問支援事業の利用状況
- ・退院時支援の工夫点等

③退院後の支援

- ・自院の外来部門又は他院への情報提供や退院支援計画の引き継ぎ状況
- ・退院後の共同指導の状況
- ・外来診療や障害福祉サービス等の利用状況
- ・退院後の支援の工夫点等

また、調査結果をもとに、入院時支援や退院時の計画及び支援の継続性を意識していると思われる医療機関に対する二次調査（ヒアリング）及び事例集を作成する。

研究期間は、内示日から令和8年3月31日とする。

有識者会議の主な課題

◆第1回

- ・事業目的、スケジュールの確認
- ・調査票質問項目の検討
- ・二次調査（事例収集）質問項目の検討
- ・入退院支援に係る診療報酬上の検討

◆第2回

- ・調査集計結果の確認
- ・調査集計結果の分析・検討
- ・二次調査医療機関の決定
- ・二次調査項目の決定

◆第3回

- ・二次調査結果の分析、検討
- ・報告書の構成検討・役割分担

◆第4回

- ・報告書案の作成
- ・全体討議

ワーキンググループの主な課題

◆第1回

- ・事業目的、スケジュールの確認
- ・入退院支援に係る診療報酬上の検討
- ・調査票質問項目の検討

◆第2回

- ・調査集計結果の確認
- ・調査集計結果の分析・検討
- ・二次調査医療機関の選定
- ・二次調査項目の検討

◎二次調査（WEB 会議によるインタビュー）

事例がある医療機関
調査結果から全国5箇所を選定

◆第3回

- ・二次調査結果の分析、検討
- ・報告書に盛り込む内容の検討
- ・全体討議

有識者会議メンバー（10名）

	氏名	所属・職名	居住地
1	中島公博	医療法人社団五稜会病院 医師	北海道
2	長瀬幸弘	医療法人社団東京愛成会高月病院 医師	東京都

3	櫻木章司	医療法人桜樹会桜木病院 医師	徳島県
4	馬屋原健	医療法人社団緑誠会光の丘病院 医師	広島県
5	大村重成	医療法人緑心会福岡保養院 医師	福岡県
6	依頼予定	日本精神科看護協会 看護師	首都圏
7	依頼予定	日本精神保健福祉士協会 精神保健福祉士	首都圏
8	他3名(調整中)		

WGメンバー(5名)

	氏名	所属・職名	居住地
1	長瀬幸弘	医療法人社団東京愛成会高月病院 医師	東京都
2	他4名(調整中)		

(3) 倫理面への配慮

本研究は、個人情報保護法及び関連法規を遵守し、対象者の人権とプライバシーに配慮して実施する。アンケート調査の実施にあたっては、得られたデータは匿名化処理を行い、個人が特定できない形で分析・公表する。

(4) 狙いとする事業の成果

全国調査により、入退院支援の実態が明らかになる。そして、アンケート調査や事例集の結果をもとに入退院支援の基礎資料が作成され、入退院支援における課題及びその解決策を図ることができる。

(5) 成果の公表計画

全国調査の結果とそれによる考察について、とりまとめた報告書及び事例集を作成する。さらに、日精協のホームページに成果物を公表し、全国へ発信する。報告書及び事例集を関係団体、精神科病院等に配布する。

(作成上の留意事項)

- 本資料は概ね5ページ以内で作成すること。
- 4事業計画の(1)～(5)の記載は、有識者会議等の名簿や概念図等を除き、「別紙参照」による提出は認めないので注意すること。
- 4(3)倫理面への配慮には、個人への介入を伴う、個人情報を扱う等の調査・研究を実施する場合、対象者に対する人権擁護上の配慮、調査・研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と同意(インフォームド・コンセント)に関わる状況を記入すること。該当する調査・研究を実施しない場合には「該当なし」と記入すること。また、調査・研究を実施する団体において、事業を担当する者で研究機関が実施する研究倫理教育を受講している場合はその旨を、いない場合はいつまでに研究倫理教育を研究者等に受講等させていく予定かを記入すること。

公益社団法人日本精神科病院協会 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長



令和 7 年度障害者総合福祉推進事業費補助金に係る応募結果及び内示額について

標記について、令和 7 年度障害者総合福祉推進事業公募要項に基づき、事業実施計画書を提出いただきました貴殿の事業につきましては、障害者総合福祉推進事業評価検討会による厳正な評価を行った結果、採択となりましたので通知します。

なお、障害者総合福祉推進事業評価検討会において、採択に際しての条件等が示されているので、下記 3 のとおり通知します。

記

1 事業名

指定課題番号 27

精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究

2 内示額

9,822,000 円

3 内示条件等

内示条件の各事項について確認し、必要な修正を行った上で交付申請してください。また、事業実施計画書等の評価理由は事業実施に当たり参考としてください。

(1) 内示条件

○「所要額内訳書」において、「旅費」「消耗品費」「役務費」の内訳を記載すること。(公募要項別添参照)

(2) 事業実施計画書等の評価理由

- 実施計画書は基本的によくできていると思われる。
- 狙いの成果、成果の公表については深堀する必要がある。
- 人的投入量が少ないと思われる。
- 委託内容について精査し、節減に努めること。
- 日精協加盟の病院に対する調査により、本研究事業の目的に沿った形で、計画が練られており、成果が期待できる。
- 事業目的や意義を理解した事業計画案となっており、応募団体の加盟機関が調査に協力することで回収率の高いアンケート調査になることが期待できる。
- 事業実施の大部分を委託する体制については疑問が残る。

令和7年9月吉日

各 位

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學
障害者総合福祉推進事業有識者会議
委員長 中 島 公 博

令和7年度障害者総合福祉推進事業（27番事業）
精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究
「入退院支援実態調査」ご協力のお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素、当協会の諸事業に対しご理解とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、このたび当協会では令和7年度障害者総合福祉推進事業において「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究（事業番号27）」に応募し、採択されました。

本事業は精神科病院における入退院支援の実態、その具体的な支援の内容、院内における多職種連携体制、退院後の地域生活を支える地域援助事業者等との連携の状況等を明らかにし、それに対する適正な評価のあり方を検討することによって、入退院支援の更なる推進を図ることを目的としています。

業務繁忙の折りとは存じますが、当該趣旨をご理解賜り、本調査につきまして格別のお取り扱いをお願い申し上げます。 謹白

記

【送付書類】

- ・依頼状（本状）
- ・調査票

【回答方法】

回答期日：令和7年10月31日(金)

回答方法：FAX 03-5232-3309 または PDF 化して chousa_k@nisseikyo.or.jp へ送信

※入力フォームを利用される場合は

https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/2025_syogaifukusi.php

よりダウンロードの上、chousa_k@nisseikyo.or.jp へ送信してください

【お問い合わせ先】

公益社団法人日本精神科病院協会 担当：大竹・神宮司・不破

〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14

TEL：03-5232-3311（土日、祝日を除く平日9：30～17：30） FAX：03-5232-3309

メールアドレス/hojokin_fukushi@nisseikyo.or.jp

※ご回答いただいたデータは本調査実施目的のみに使用し、各病院様の個別のご回答の情報が外部に漏れることは決してございません。

以上

入退院支援実態調査

都道府県		病院名	
回答者氏名		回答者職種	

I. 病床・職員・入退院支援部門の状況 (令和7年6月30日現在)

全病床数	許可病床数		
(休棟している病棟も許可病床数にカウントしてください)	うち 一般病床		床
	うち 療養病床		床
	うち 精神病床		床
	うち 感染症病床		床
	うち 結核病床		床
	(うち、精神病床に関する届出入院料と各病床数(全選択))	精神病棟入院基本料 (10対1)	
精神病棟入院基本料 (13対1)			床
精神病棟入院基本料 (15対1)			床
精神病棟入院基本料 (18対1)			床
精神病棟入院基本料 (20対1)			床
精神科救急急性期医療入院料			床
精神科急性期治療病棟入院料			床
精神科救急・合併症入院料			床
児童・思春期精神科入院医療管理料			床
精神療養病棟入院料			床
認知症治療病棟入院料			床
精神科地域包括ケア病棟入院料			床
地域移行期機能強化病棟入院料			床
特定機能病院入院基本料(精神病床)			床
特殊疾患病棟入院料(精神病床)			床

病院における精神保健福祉士の人数(令和7年6月30日現在)

精神保健福祉士の実人数(常勤)		人
精神保健福祉士の実人数(非常勤)		人
精神保健福祉士の常勤換算人数		人

精神科の患者に係る入退院支援部門の有無と配置職員の状況

	部門の有無	1 あり 2 なし		
(「あり」の場合、以下の関連質問にも回答してください)	精神保健福祉士	実人数(常勤)		人
		実人数(非常勤)		人
		常勤換算数		人
看護師		実人数(常勤)		人
		実人数(非常勤)		人
		常勤換算数		人
その他入退院支援に関わる職員		実人数(常勤)		人
		実人数(非常勤)		人
		常勤換算数		人

入退院支援部門の職種で精神保健福祉士と看護師がいる場合、業務内容に違いがありますか

違いの有無

1 あり 2 なし

(違い「あり」の場合)
具体的な違い

--

(入退院支援部門がない場合に回答してください)

入退院支援を行う精神保健福祉士がいる場合、どこの部署に所属していますか

病棟 外来 事務 その他

入退院支援を行う精神保健福祉士がいない場合、主にどの職種が入退院支援をしていますか

看護師 事務職員 その他

II. 入院・退院の状況について(精神病床)

令和7年6月30日午前0時時点での入院患者数を記載してください

精神科病棟に入院している患者数		人
うち、任意入院患者数		人
うち、医療保護入院患者数		人
うち、措置入院(緊急措置含)患者数		人
うち、応急入院患者数		人
うち、鑑定入院等の患者数		人

令和7年6月1ヶ月間の延入院患者数を記載してください(精神科の入院に限定します)

※延入院患者数とは、当日末在院患者数(24時間現在入院している患者数)と退院患者数を合計した延人数です

延入院患者数 人・日

新規入院件数(令和7年1~6月)のうち、入院時の患者の入院形態別を記載してください

総件数 (新規入院、再入院問わず、病院に入院となった件数)		人
うち、任意入院		人
うち、医療保護入院 (措置入院等からの切り替えは含みません)		人
うち、応急入院		人
うち、措置入院 (緊急措置含、緊措→措置は1人)		人
※うち、措置入院等から医療保護入院への入院形態変更件数		人
※うち、医療保護入院者の入院期間更新届の件数		人

新規入院患者延べ数(令和7年1~6月)のうち、予定入院か予定外の入院かの内訳を記載してください

予定入院		人
予定外での入院(自治体の精神科救急に関わる輪番当番での入院を除く)		人
自治体の精神科救急に関わる輪番当番での入院数		人

新規入院患者延べ数(令和7年1～6月)のうち、以下の紹介元別の内訳を記載してください

自院通院中の患者		人
他の精神科クリニックからの紹介		人
他の精神科以外(内科等)のクリニックからの紹介		人
他の精神科病院からの紹介		人
精神科以外の身体科病院からの紹介		人
救急情報センターからの紹介		人
自治体からの紹介		人
紹介元なし		人
当日初診の患者		人

令和7年1～6月まで退院患者延べ数について記載してください (総数)			人
退 院 者 の 退 院 先	家庭(単身の世帯を含む)		人
	うち、新規に住居を確保して退院		人
	他の病院・診療所へ入院		人
	高齢者向けの施設へ入所(介護医療院、介護老人保健施設を含む)		人
	うち、新規に施設を確保して退院		人
	高齢者向けではない施設(障害者、児童、生活保護受給者向けの施設等)へ入所		人
	うち、新規に施設を確保して退院		人
	死亡		人
	その他(不明等)		人

退院患者延べ数(令和7年1～6月)のうち、他の病院・診療所へ入院した方について、転院理由の以下の内訳を記載してください

身体合併症治療のため		人
透析治療のため		人
身体リハビリテーションのため		人
m-ECT施行のため		人
クロザピン治療のため		人
退院調整に時間がかかるため(精神科の病棟への転院)		人
退院調整に時間がかかるため (療養病棟、地域包括ケア病棟等の精神科以外への転院)		人
その他(➡以下に記載してください)		人
その他の理由		

退院患者延べ数(令和7年1～6月)の入院期間別について記載してください

1日～90日		人
91日～180日		人
181日～1年未満		人
1年以上3年未満		人
3年以上5年未満		人
5年以上		人

Ⅲ. 精神保健福祉士の配置が必要な診療報酬の届出状況

入院料については届け出ている病棟数を、加算については○を記入ください

精神科救急急性期 医療入院料	届出病棟数		病棟
	常勤精神保健福祉士の病棟勤務人数		人
精神科急性期治療 病棟入院料	届出病棟数		病棟
	病棟勤務の精神保健福祉士の人数		人
	病棟勤務の公認心理師の人数		人
精神科救急・合併症 入院料	届出病棟数		病棟
	常勤精神保健福祉士の病棟勤務人数		人
児童・思春期精神科 入院医療管理料	届出病棟数		病棟
	専従の常勤精神保健福祉士の人数		人
精神科養育支援体制加算	届出病棟数		病棟
	専任の精神保健福祉士の人数	常勤	人
		非常勤	人
精神科地域包括ケア 病棟入院料	届出病棟数		病棟
	専任の精神保健福祉士の人数	常勤	人
		非常勤	人
精神療養病棟入院料	届出病棟数		病棟
地域移行機能強化 病棟入院料	届出病棟数		病棟
	専従の常勤精神保健福祉士の病棟勤務人数		人
	退院支援部署に専従の精神保健福祉士の人数		人
	退院支援部署に専従の看護師の人数		人
	退院支援部署に専従の作業療法士の人数		人
	退院支援部署に専従の社会福祉士の人数		人
	退院支援部署に専従の公認心理師の人数		人
※退院支援相談員として精神保健福祉士を配置している場合に ○			
認知症治療病棟入院料	届出病棟数		病棟
	医療機関勤務の専従の精神保健福祉士の人数		人
	医療機関勤務の専従の公認心理師の人数		人
精神科入退院支援加算	届け出ている場合に ○		
	入退院支援部門の専従の精神保健福祉士の人数		人
	入退院支援部門の専任の精神保健福祉士の人数		人
	算定対象としている病棟に配置の 専従の精神保健福祉士の人数		人
精神科地域移行実施加算	届け出ている場合に ○		
	地域移行を推進する部門に 専従の精神保健福祉士の人数		人

精神保健福祉士配置加算	精神病棟入院料において届け出ている場合に○		
	専従の精神保健福祉士の人数		人
	精神療養入院料において届け出ている場合に○		
	専従の精神保健福祉士の人数		人
精神科リエゾンチーム加算	届け出ている場合に○		
	チーム構成員として配置の専従の精神保健福祉士の人数		人
	チーム構成員として配置の専従の薬剤師の人数		人
	チーム構成員として配置の専従の作業療法士の人数		人
	チーム構成員として配置の専従の公認心理師の人数		人
	認知症ケア加算	届け出ている場合に○	
	チーム構成員として配置の専任の精神保健福祉士の人数		人
	チーム構成員として配置の専任の社会福祉士の人数		人
依存症入院医療管理加算	届け出ている場合に○		
	※施設基準に定められた研修修了の精神保健福祉士配置の場合に○		
療養生活継続支援加算	届け出ている場合に○		
児童思春期支援指導加算	届け出ている場合に○		
	専任の精神保健福祉士の人数		人
	専任の保健師の人数		人
	専任の看護師の人数		人
	専任の理学療法士の人数		人
	専任の作業療法士の人数		人
	専任の言語聴覚士の人数		人
	専任の公認心理師の人数		人
	※上記回答の精神保健福祉士が適切な研修を受けている場合に○		
療養・就労両立支援指導料 (注3加算)	届け出ている場合に○		
	専任の精神保健福祉士の人数		人
	専任の看護師の人数		人
	専任の社会福祉士の人数		人
	専任の公認心理師の人数		人

IV. 入退院支援に係る診療報酬の算定状況

※令和7年6月1日から6月30日までの期間で算定した件数をご記載ください

医療保護入院等診療料	300 点		件
精神科措置入院診療加算	2,500 点		件
精神保健福祉士配置加算(精神療養病棟入院料)	30 点		件
精神科入退院支援加算	1,000 点		件
精神科地域移行支援加算	200 点		件
精神科地域移行実施加算	20 点		件
療養生活環境整備支援加算	40 点		件
療養生活継続支援加算	350 点		件
精神科退院前訪問指導料	380 点		件
精神科退院指導料	320 点		件
診療情報提供料(Ⅰ)(退院時情報添付)	450 点		件
看護師・精神保健福祉士共同訪問指導加算	320 点		件
精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)(精神保健福祉士・週3日目まで30分以上)	580 点		件

V. 入院調整と入院早期のアセスメント(精神病床)

(1) 入院調整

※あてはまるものに○を付けてください

1) 受診入院相談を受けているのはどの職種ですか

- ① 理事長・院長、副院長・診療部長等の医師
- ② 役職以外の医師
- ③ 看護師長・看護師主任
- ④ 3以外の看護師
- ⑤ 精神保健福祉士
- ⑥ 心理士・作業療法士
- ⑦ 事務職員等
- ⑧ その他 以下に自由記載してください

多く受けている	受けている	ほとんど受けていない	受けていない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

→

--

2) どんなどころから受診入院相談がありますか

- ① 精神科クリニック
- ② 精神科病院
- ③ 身体科クリニック・病院
- ④ 保健所
- ⑤ 役所(障害福祉・高齢福祉・生活保護など)
- ⑥ 警察
- ⑦ 消防
- ⑧ 福祉・介護等の事業所(相談支援事業所、居宅介護支援事業所を含む)
- ⑨ 訪問看護ステーション
- ⑩ 本人
- ⑪ 家族等
- ⑫ その他 以下に自由記載してください

多く受けている	受けている	ほとんど受けていない	受けていない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



3) 受診入院相談を受ける際に、どのようなことに留意しますか

- ① 受診の緊急性
- ② 本人の受療に対する同意状況
- ③ 自院以外で精神科医療を受けている場合の当該医療機関からの紹介の有無
- ④ 自院の医療機能の適応かどうか(精神疾患・身体疾患等の履歴と現症)
- ⑤ 経済的な問題の有無
- ⑥ 家族その他の支援者の有無
- ⑦ 住居その他の環境面の支援ニーズの有無
- ⑧ 精神保健福祉法に則った入院形態成立
- ⑨ 空床状況や病棟の診療報酬上の算定要件
- ⑩ その他 以下に自由記載してください

特に留意する	留意する	ほとんど留意しない	全く留意しない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



4) 入院の受け入れの判断と受け入れる病床の調整はどのように行っていますか
該当するものすべてに ✓ をつけてください(複数回答可)

- 1 入院の受け入れを判断し、病床調整する医師がいる
- 2 入院の受け入れを判断し、病床調整する多職種会議がある
- 3 入院の受け入れを判断する医師がおり、病床調整を看護師が行っている
- 4 入院の受け入れを判断する医師がおり、病床調整を精神保健福祉士が行っている
- 5 入院の受け入れを判断し、病床調整する担当者が明確には決まっていない
- 6 その他 以下に自由記載してください



5) 最初に相談を受けてから入院に至るまでの相談回数にはどのようなものがありますか

- ① 1回の相談で入院調整に至る
- ② 数回の相談で入院調整に至る
- ③ 10回以上相談を継続した末に入院調整に至る
- ④ その他 以下に自由記載してください

よくある	ある	ほとんどない	全くない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



(2) 早期の支援ニーズアセスメント

- 1) 入院早期の患者アセスメントで負担となることがありますか
(「あり」の場合、以下の質問にも回答してください)
- 2) 入院早期の患者アセスメントで最も負担となる理由は何ですか。
該当するものすべてに ✓ をつけてください (複数回答可)
 - 1 患者だけでなく同居者から情報を得ることができない
 - 2 患者だけでなく地域援助事業者から情報を得られない
 - 3 患者だけでなく他院かかりつけ医から情報を得られない
 - 4 その他 以下に自由記載してください

1 あり	2 なし
------	------



(3) 精神科クリニックとの連携

- 1) どのように連携していますか。該当するものすべてに ✓ をつけてください (複数回答可)
 - 1 入院が必要なときは受け入れ、退院後は通院を受け入れてもらう関係ができています
 - 2 医師同士で患者の病状等を共有し、治療方針を話し合っている
 - 3 クリニックの精神保健福祉士等の医師以外の職種が連携窓口となっている
 - 4 その他 以下に自由記載してください



2) 精神科クリニックからどのような患者を受け入れていますか
(包括的支援マネジメント導入基準の一部です)

- ① 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働等)を遂行することに重大な問題がある
- ② 自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係等)を遂行することに問題がある
- ③ 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
- ④ 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある
- ⑤ 自傷や自殺を企てたことがある
- ⑥ 家族への暴力、暴言、拒絶がある
- ⑦ 警察・保健所介入歴がある
- ⑧ その他 以下に自由記載してください

良く受け入れている	受け入れている	ほとんど受け入れていない	全く受け入れていない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



VI. 退院支援・退院調整(精神病床)

(1) 退院支援

※あてはまるものに○を付けてください

1) 退院に向けた支援ニーズがある場合、どのように院内の多職種が連携して退院支援をしていますか

- ① 患者と院内の多職種チームとの間で退院支援計画を作成し、定期的に患者や外部の支援者も参加するカンファレンスを開いてモニタリングしている
- ② 院内の多職種チームで定期的にカンファレンスを開催して進捗状況を共有し、支援計画を協議している
- ③ 支援の節目に患者や外部の支援者も参加するカンファレンスを開催し、進捗状況を共有し支援計画を協議している
- ④ 担当する多職種と個々に連絡をとって情報共有を図り、方針の協議や確認を行っている
- ⑤ その他 以下に自由記載してください

良く行っている	行っている	ほとんど行っていない	全く行っていない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

→

2) 患者の自宅以外への外出を伴う退院支援にはどのようなものがありますか

- ① 入所施設や日中活動先などの利用を検討するための施設見学同行や、試験外泊・通所の送迎
- ② 退院への動機付け支援や生活技能訓練を目的とした買い物や外食、銀行預金払い戻し等のための外出
- ③ 公的なサービス等の手続のための役所等への外出同行
- ④ 住まいの物件探しのための不動産屋等への外出同行
- ⑤ その他 以下に自由記載してください

良く行っている	行っている	ほとんど行っていない	全く行っていない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

→

(2) 地域援助事業者等に関わること

1) どのように連携していますか。該当するものすべてに✓をつけてください(複数回答可)

- 1 紹介をしている
- 2 紹介をしていない(その理由を以下に記載してください)

→

- 3 地域援助事業者以外との連携・調整をしている(具体例を以下に記載してください)

→

2) 退院支援・退院調整にあたり、地域援助事業者として
どの機関を紹介していますか

- ① 指定一般相談支援事業者(地域移行支援・地域定着支援)
- ② 指定特定相談支援事業者(計画相談支援)
- ③ 市町村の障害者相談支援事業(委託相談事業所)や地域生活支援拠点等のコーディネート機能を担う機関等
- ④ 障害者総合支援法における障害福祉サービス事業者
- ⑤ 居宅介護支援事業者及び介護支援専門員が人員配置基準に入っている、又は実際に介護支援専門員を有している介護保険サービス事業者
- ⑤ その他(具体例を記載してください)

良く行っている	行っている	ほとんど行っていない	全く行っていない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



3) 地域援助事業者との協働において大変なことは何ですか

- ① 退院支援委員会の出席等のカンファレンスへの日程調整
- ② 受け入れてくれる地域援助事業者が見つからない
- ③ 地域援助事業者に関する情報がない
- ④ 患者や家族が紹介を希望しない
- ⑤ 困難さは感じていない

すごく当てはまる	当てはまる	ほとんど当てはまらない	全く当てはまらない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

4) 地域援助事業者等との連携に関し、日ごろ感じていることをお書きください(自由記載)



(3) 退院調整

※あてはまるものに○を付けてください

1) 退院後の生活における各種支援サービス事業者等への支援の引継ぎはどのように行っていますか

- ① 患者および退院後の支援者が参加する退院前カンファレンスを開催し、入院中の治療や支援の経過を報告し、退院後の支援計画やクライシスプランを共有している
- ② 退院後の支援者に個別に連絡して患者との顔合わせを行い、引継ぎを行っている
- ③ 医療を含めた支援の包括的なマネジメントを外来の担当者に引き継ぎ、療養生活継続支援加算を算定している
- ④ その他(具体例を記載してください)

すごく当てはまる	当てはまる	ほとんど当てはまらない	全く当てはまらない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



2) 支援の調整がつかないまま退院することはありますか

- ① 入院中に訪問看護などのサービス調整がつかず、退院後に患者に紹介することがある
- ② 患者の居住地に近い精神科の通院先が決まらず、調整がつくまでの間、自院に通院してもらうことがある
- ③ 支援の調整がつかまでは入院を継続し、調整がついてから退院となる
- ④ その他(具体例を記載してください)

すごく当てはまる	当てはまる	ほとんど当てはまらない	全く当てはまらない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



Ⅶ. 令和6年4月施行の改正精神保健福祉法による業務の状況

(1) 医療保護入院の入院期間の更新

1) 令和7年6月1日～6月30日までに貴院で開催した医療保護入院者退院支援委員会の開催数はいくつですか(病院全体) 件

2) 患者1人あたりの検討時間はおよそどれくらいですか。(該当するものに○を付けてください)

1 10分未満	2 10-20分未満	3 20-30分未満
4 30-60分未満	5 60分以上	

3) 患者本人が参加したのは何回ですか 回

4) 家族等が参加したのは何回ですか 回

5) 以前から関わりのあった地域援助事業者等が参加したのは何回ですか 回

6) 入院後に新規に紹介した地域援助事業者等が参加したのは何回ですか 回

7) 医療保護入院の入院期間の更新制度が創設されたことにより、どのような変化がありましたか

入院期間満了1ヶ月前からの指定医の診察、退院支援委員会開催、家族等への更新同意を求める通知、入院期間更新の告知、入院期間更新届等

- ① 医療保護入院の更新要否を慎重に検討するようになり、医療保護入院者が減った
- ② 医療保護入院者に寄り添った退院支援がしやすくなった
- ③ 患者の支援にあてる時間が減った
- ④ 定められた期間内に工程をこなすことが優先され、手続きが形骸化してきた
- ⑤ その他(以下に自由記載してください)

すごく当てはまる	当てはまる	ほとんど当てはまらない	全く当てはまらない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



(2) 措置入院に関して(令和6年4月以降に措置入院の受け入れがあった場合にご回答ください)

1) 措置入院に退院後生活環境相談員の選任が必須になってから措置入院者の退院支援が変わりましたか(該当するものに○を付けてください)

1 変わった	2 変わらない
--------	---------

2)1)で「1.変わった」と回答した場合、どのような変化がありましたか

- ① 患者に役割を説明しやすくなり、患者からの相談が増えた
- ② 管轄保健所と連携した退院支援が増えた
- ③ 地域援助事業者等の紹介が増えた
- ④ 措置入院の入院期間が短くなった
- ⑤ その他(以下に自由記載してください)

すごく当てはまる	当てはまる	ほとんど当てはまらない	全く当てはまらない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4



(3) 医療保護入院者・措置入院者への地域援助事業者等の紹介

1) 医療保護入院者・措置入院者への地域援助事業者等の紹介が義務となり、地域援助事業者等の紹介状況がどのように変わりましたか

- ① 患者に地域援助事業者等の紹介を試みるが増えた
- ② 患者の住所地の地域援助事業者等を情報収集することが増えた
- ③ 地域援助事業者等と連携し早期に患者の退院後のサービス調整を開始するようになった
- ④ 病状が不安定な時期には紹介しづらいので積極的には紹介していない
- ⑤ その他（以下に自由記載してください）

すごく当てはまる	当てはまる	ほとんど当てはまらない	全く当てはまらない
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

→

2) 医療保護入院・措置入院中の患者に対する地域援助事業者等との連携はいかがですか
(該当するもの全てに ✓ をつけてください)

- 1 入院前から患者とかかわりがあった場合は、入院早期から面会や話し合いを実施している
- 2 入院後に新規に依頼した場合、医療保護入院者・措置入院者の退院促進措置の趣旨について理解が得られ、面会等のかかわりを開始している
- 3 入院後に新規に依頼した場合、医療保護入院者・措置入院者の退院促進措置の趣旨について理解が得られず、サービス等の利用が見込まれない段階ではかかわりを断られる
- 4 病院の立地が患者の住所地から遠い場合、住所地のエリアの地域援助事業者等から来院を断られる
- 5 その他（以下に自由記載してください）

→

VIII. 精神保健福祉士の確保に関して

(1) 精神保健福祉士の配置状況

- 1) 現在配置している正職員の精神保健福祉士の人数を約10年前(2015年/平成27年ごろ)と比較し、その差を記載してください

1 変化なし

2 人数が増えた

3 人数が減った



	人
	人

- 2) 現在配置している精神保健福祉士の人数は、貴院で計画した通りですか
(該当するものに○を付けてください)

1 概ね計画通りである

2 計画よりも多い人数である

3 計画よりも少ない人数である

4 その他(以下に自由記載してください)



--

- 3) 2)で「3.計画よりも少ない人数である」と回答した場合、その理由はどのようなものですか
(該当するものに○を付けてください)

1 募集しているが応募がない

2 応募はあるが適切な人材がない

3 その他(以下に自由記載してください)



--

(2) 精神保健福祉士の入職・退職状況

- 1) 令和6年度の1年間で入職した精神保健福祉士の人数を記載してください
(なしの場合は0人)

--

人

採用にあたり何か工夫している点がありますか



--

- 2) 令和6年度の1年間で退職した精神保健福祉士の人数を記載してください
(なしの場合は0人)

--

人

退職先は、どのようなところですか。差し支えなければご記載ください



--

附：高齢者の長期入院患者の状況について

(令和7年6月30日現在。入院期間が1年以上の者のうち65歳以上について)

精神科病院が施設の役割まで担っているのではないかを明らかにするための質問になります。

(1)性別	男性		人
	女性		人
	計		人
(2)年齢	65歳以上70歳未満		人
	70歳以上80歳未満		人
	80歳以上90歳未満		人
	90歳以上		人
(3)入院期間	1年以上2年未満		人
	2年以上3年未満		人
	3年以上5年未満		人
	5年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上20年未満		人
	20年以上		人
(4)要介護認定	未認定・非該当		人
	要支援		人
	要介護1		人
	要介護2		人
	要介護3		人
	要介護4		人
	要介護5		人
(5)未認定のうち要介護認定	非該当相当		人
	要介護1～2相当		人
	要介護3以上相当		人
(6)認知症高齢者の日常生活自立度	自立		人
	I～IV		人
	M		人
	不明		人
(7)日常生活自立度(寝たきり度)	J		人
	A		人
	B		人
	C		人

(8)1年以上の入院患者の状況について

1. 退院が想定される場所ごとに人数をご記入ください
(必要な入院外医療が提供される前提とします)

介護付き有料老人ホーム		人
認知症GH		人
特別養護老人ホーム		人
介護老人保健施設		人
介護医療院		人
医療療養病床		人

2. 介護施設から入院された方は何人ですか 人

3. 直近1年間において、介護施設への退院の調整または検討を行った方は何人ですか 人

4. 退院先の調整を行う際に困難となることは何ですか。当てはまるもの全てに を入れてください
(複数回答可)

- 1 精神疾患を理由に、介護施設から受け入れを断られる
- 2 精神疾患を有する患者に対応できる介護施設が限られている
- 3 入院前に利用していた介護施設等から受け入れを拒否される
- 4 介護施設の入所までの待機期間が長期に及んでしまう
- 5 経済的な理由により、介護施設への入所が困難
- 6 本人や家族等が介護施設への入所を希望しない
- 7 困難と感じることはない
- 8 その他 (以下に内容を記載してください)



「入院・退院支援」での活動で病院独自の工夫点があれば、是非その内容について教えて下さい。
別表に「支障を来している点や改善すべき点」、「工夫していること」の記載をお願いいたします。
好事例の収集こそが本事業の最大の資料になるかと考えております。
以上で、アンケートは終了です。ご協力を有り難うございました。

好事例と思われる施設にはWebでのインタビューを行うことを検討しています。

ご協力は可能ですか。インタビューは40-50分程度です。

1 可能 2 不可

令和7年障害者総合福祉推進事業
「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」
入院・退院支援における問題点・工夫している点
×切り 令和7年10月30日

精神科病院における入退院支援については、支援内容、院内の支援体制及び院外の地域援助事業者等との連携状況等の詳細は明らかではありません。
 各病院の看護師・精神保健福祉士が様々な悩みを抱えながら対応しているものと存じます。
 本事業では、入退院支援等についての好事例の収集も行いたいと思っております。具体例の記載を宜しく
 お願い申し上げます。
 ※個人ならびに施設が特定されないよう表現には十分ご配慮ください。項目の分類は以下の8項目です。

- | | | |
|-----------------|------------------|------------------|
| 1. 入院に関すること | 2. 入院中に関すること | 3. 退院時に関すること |
| 4. 退院後の支援に関すること | 5. 退院支援委員会に関すること | 6. 地域援助事業者に関すること |
| 7. 診療報酬に関すること | 8. 他 | としております。 |

No	項目	支障を来している点や改善すべき点	工夫していること	都道府県
例	1. 入院に関する こと	入院時に連帯保証人を探さなければならぬ患者の対応が、精神保健福祉士の身体的・精神的負担が大きい。まち、入院時に入院保証金を説明し預かったり、退院時に返したりといった事務手続きが煩雑である。	当院では、連帯保証人の代行サービスを利用を開始した。連帯保証人を探す手間が省け、入院保証金預りが撤廃された。また、未収金対策につながる。	北海道
例	2. 入院中に関 すること	ずっと病院に居たいと思っている長期入院患者がおり、地域へ意識を向けてもらうことに苦慮することがある。	長期入院者を対象に、当事者（長期入院後退院した人）の語りを聞いてもらう機会を作って、病院外の生活に目を向けてもらっている。	北海道
例	3. 退院時に関 すること	身体合併症を受け入れる精神科医療機関がない（総合病院も含め機能していない）ため、身体合併症患者を受け入れたとしても、退院先がない現状である。	日頃から総合病院との連携を勧めている。当院から総合病院に週1回の非常勤で勤務を行っている。大量服薬やリストカット後の自傷行為の患者の受入れを積極的に行っている。	広島県
1				
2				
3				

令和 7 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 27 番

「精神科病院における入退院支援等の実態把握及び課題についての研究」

【報告書】

発行日：令和 8 年 3 月

発 行：公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

電話 03 (5232) 3311 FAX 03 (5232) 3309

<https://www.nisseikyo.or.jp/>