

令和元年度厚生労働科学研究費補助金研究

精神科病院と障害福祉サービス事業所等との地域連携のあり方に関する調査  
— 退院支援場面を中心に —

調査ご協力をお願い

研究目的

本調査は、精神科病院の入院患者が、退院後に市町村におけるサービス等利用計画に基づく支援を受けて生活支援の連続性をもたせる仕組みについて、都道府県や市町村による差が大きいことから、その実態を把握するとともに、精神科病院との地域連携の仕組みや退院支援に係る地域援助事業者を利用しやすくするための意見を聴取し、障害福祉サービスの次期報酬改定の検討に資する基礎データを収集することを目的としています。

併せて、精神科病院における地域連携や退院支援の取組みに関する好事例を収集し、障害者の地域生活支援に関するガイドライン作成の参考にさせていただきます。

※本研究は、日本精神科病院協会の理事会承認のうえ会員病院の宛名ラベルを提供いただき、聖学院大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施しています（承認番号：第 2019 - 1b-1）。

▼回答について

- ・回答は、貴精神科病院の医療相談室や地域連携室などに所属する**精神保健福祉士の代表者 1名**にお願いします。その際、できるだけ貴院の全体状況を踏まえてお答えください。
- ・**630 転記可**と記載の部分は、改めて集計しなくとも 630 調査の回答を転記していただいて結構です。
- ・「貴院」とは、貴精神科病院のみ（病棟、外来、デイ・ナイト・ケア）を指し、併設する訪問看護ステーションやクリニックをはじめとして同法人や関連法人内の諸機関は含みません。
- ・本調査用紙では「地域移行支援」とは、障害者総合支援法における障害福祉サービスのことを指し、貴院がおこなっている退院支援とは区別しています。
- ・回答に要する時間は 30 分程度です。回答が難しい項目や答えたくない項目は空欄のままで結構です。

▼インタビュー調査へのご協力と返送について

- ・本研究では、精神科医療機関と地域援助事業者の協働による「地域移行支援」の好事例を収集しています。今後、インタビュー調査にご協力いただける場合、調査用紙の末尾にご連絡先をご記入ください。担当者より個別にご連絡させていただきます。
- ・本研究では、調査発送及び回収、入力・集計を以下に委託しております。委託先とは、個人情報保護の遵守を契約において交わしております。

委託先：東京都杉並区成田東 5 - 3 5 - 1 5 ザプラザ F 2 階 株式会社コモン計画研究所

■ 調査の締め切り

令和元年 9 月 1 0 日 (火)

までに、同封の返信用封筒にて返送をお願いいたします。

■ 問い合わせ先

聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科  
教授 田村綾子（精神保健福祉士）  
〒362-8585 埼玉県上尾市戸崎 1-1  
048-780-1867（研究室直通）  
a\_tamura@seigakuin-univ.ac.jp

令和元年度厚生労働科学研究費補助金研究  
精神科病院と障害福祉サービス事業所等との地域連携のあり方に関する調査  
－退院支援場面を中心に－

**I. 貴院について教えてください。(令和元年 6 月 30 日現在)**

1. 貴院の所在する都道府県 ( ) 都 道 府 県
2. 精神病床数 ( ) 床
3. 入院患者総数 ( ) 人 → うち医療保護 ( ) 人、任意 ( ) 人
4. H30 年度 1 年間の退院者のべ数を教えてください(入院形態の変更のみは除きます)。  
**630 転認可** ( ) 人 → うち転院 ( ) 人、死亡 ( ) 人、不明 ( ) 人
5. 貴院が有する病棟の診療報酬請求の基準について、あてはまるものすべてに○をつけてください。
  1. 精神科救急入院算定病棟 (スーパー救急)
  2. 精神科急性期治療病棟
  3. 精神療養病棟
  4. 認知症治療病棟
  5. 精神病棟入院基本料 (15 対 1)
  6. 児童・思春期精神科入院医療管理料
  7. 医療観察法病棟
  8. あてはまるものはない
6. 地域移行機能強化病棟を算定していますか。
  1. は い → 算定期間：20 年 月 から 20 年 月 まで
  2. いいえ
7. 貴院の外来サービスとしてあてはまるものすべてに○をつけてください。
  1. 外来診療
  2. 訪問診療
  3. 精神科外来訪問指導
  4. 精神科外来作業療法
  5. 精神科デイ・ケア
  6. 精神科ナイト・ケア
  7. 精神科デイ・ナイト・ケア
  8. 重度認知症デイ・ケア
  9. 精神科外来集団精神療法
  10. A C T (多職種の訪問医療)
  11. 該当なし
8. 貴院と同法人または関連法人で実施しているものすべてに○をつけてください。
  1. 訪問看護ステーション
  2. 精神科クリニック
  3. 精神科以外の病院
  4. 精神科病院
  5. 特定相談支援
  6. 一般相談支援
  7. 就労移行支援
  8. 就労継続支援 A 型
  9. 就労継続支援 B 型
  10. 自立訓練 (生活訓練)
  11. 宿泊型自立訓練
  12. 居宅介護
  13. グループホーム
  14. 生活介護
  15. 地域活動支援センター
  16. 介護老人保健施設
  17. 介護療養型医療施設
  18. 特別養護老人ホーム
  19. 認知症グループホーム
  20. デイサービス
  21. ショートステイ
  22. その他 ( )
  23. 該当なし
9. ピアサポーターの活用について、あてはまるものがあれば、すべてに○をつけてください。
  1. 常勤雇用している
  2. 非常勤雇用している
  3. 病棟プログラムに活用している
  4. 養成している
  5. あてはまるものはない
10. 精神保健福祉士の配置人数を教えてください。 ( ) 人
11. 精神保健福祉士は、市町村が設置する自立支援協議会に参加していますか。
  1. は い
  2. いいえ
12. 地域連携に関する専門の部署 (例：地域連携室、医療福祉相談室など) はありますか。
  1. は い → 名称をお教えてください
  2. いいえ

## II. 入院患者の支援における地域連携について、各項目でもっとも近いもの1つに○をつけてください。

### 13. 入院患者に対する地域援助事業者の紹介

1. よく紹介する    2. 紹介する    3. あまり紹介しない    4. 全く紹介しない

### 14. 医療保護入院者退院支援委員会への地域援助事業者の参加

1. よく参加する    2. 参加する    3. あまり参加しない    4. 全く参加しない

### 15. 医療保護入院者退院支援委員会とは別の、入院患者の支援における地域援助事業者等との協議（ケア会議等）の実施

1. 実施を原則とする    2. 必要に応じて実施する    3. あまり実施しない    4. 実施しない

### 16. 貴院から入院患者が退院する際、計画相談支援のために特定相談支援事業所への紹介

1. よく紹介する    2. 紹介する    3. あまり紹介しない    4. 全く紹介しない

### 17. 令和元年6月の1カ月間に精神科退院前訪問看護指導料を算定した精神疾患患者の実人数を教えてください。

**630 転記可** (      ) 人 → うち主たる傷病名に認知症が含まれている患者数 (      ) 人

### 18. 令和元年6月の1カ月間に精神科訪問看護指導料を算定した精神疾患患者の実人数を教えてください。

**630 転記可** (      ) 人 → うち主たる傷病名に認知症が含まれている患者数 (      ) 人

## III. 障害者総合支援法における「地域移行支援」の活用について

### 19. 「地域移行支援」でどのようなサービスを受けられるかご存じですか。

1. はい  
2. いいえ → サービス内容を知りたいですか。    1. はい    2. いいえ

### ★20. 退院支援における、これまでの「地域移行支援」活用の有無、活用したことがある場合は①②の実績数をお答えください。

1. 活用したことがある（している）し、今後も活用したい  
2. 活用したことがある（している）が、今後の活用は考えていない  
3. 活用したことはないが、今後は活用したい  
4. 活用したことはなく、今後の活用は考えていない → 21. へ

① H24年度～29年度 → のべ利用者数 (      ) 人    利用した事業所の実数 (      ) 箇所

② H30年度 → → → → のべ利用者数 (      ) 人    利用した事業所の実数 (      ) 箇所

※①は、同一患者が複数回利用した場合、年度ごとに1回とカウントしてください。

※ない場合は「0」を記入してください。

### 21. 「地域移行支援」は、精神科病院に入院中のすべての精神障害者が利用可能なサービスですが、貴院では特にどのような患者が利用する可能性が高いか教えてください。

### 22. 「地域移行支援」を利用する場合、1人の患者がどのくらいの頻度で利用できると良いですか。

1. 週2回以上    2. 週1回程度    3. 月2回程度    4. その他 (      )    5. わからない

23. 「地域移行支援」において相談支援事業所が行う下記の各項目に関して、これまでの利用実績における、①過去の利用実人数、②支援の有効性、③今後の必要性について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。  
②③は、利用者の特性によって異なると思いますが、全体的な印象でお答えください。

★20で「3.活用したことはないが、今後は活用したい」  
「4.活用したことはなく、今後の活用は考えていない」  
と回答した方は、③のみ回答してください。

	①過去の利用実人数				②支援の有効性				③今後の必要性			
	10人以上	6～9人	1～5人	0人	非常に有効である	有効である	あまり有効でない	有効ではない	非常に必要	必要	あまり必要ない	全く必要ない
a.面接相談	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
b.同行支援	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
c.ケア会議(院内スタッフとの協議)	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
d.ケア会議(他機関の関係者含む)	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
e.居住先探し	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
f.日常生活技術向上のための支援	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
g.家族調整	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
h.役所手続きの代行	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
i.障害福祉サービスの体験利用調整	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
j.体験宿泊の利用調整	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
k.日中の過ごし方を一緒に考える	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
l.電話相談(本人の話を聞く)	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
m.障害福祉サービスの利用調整	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
n.ピアサポーターの紹介	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1

※上記以外に必要性の高い支援があれば教えてください。

24. ★20で2.～4.(に○の場合(「地域移行支援」を活用したことがない、あるいは、今後の活用は考えていないのいずれかにあてはまる)、その理由について、以下の各項目の最もあてはまるもの、それぞれ1つに○をつけてください。

	非常にあてはまる	あてはまる	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
a.診療報酬上の算定がなく貴院の収入に反映されない	4	3	2	1
b.院内のスタッフで退院支援できる	4	3	2	1
c.利用について院内の多職種の合意が得られない	4	3	2	1
d.「地域移行支援」の仕組みがわからない	4	3	2	1
e.「地域移行支援」を利用しなくても関係機関と連携できる	4	3	2	1
f.利用手続きに時間がかかりすぎる	4	3	2	1
g.利用を申請しても市町村に支給決定されない	4	3	2	1
h.指定一般相談支援事業所が患者の退院する市町村にない	4	3	2	1
i.指定一般相談支援事業所が少ない	4	3	2	1
j.指定一般相談支援事業所が貴院から遠い	4	3	2	1



	非常に あてはまる	あてはまる	あまりあては まらない	全くあてはまら ない
k.指定一般相談支援事業所が依頼に応じてくれない	4	3	2	1
l.精神障害の支援に慣れていない事業所に依頼したくない	4	3	2	1
m.利用者が「地域移行支援」の利用を希望しない	4	3	2	1
n.「地域移行支援」の対象者がいない	4	3	2	1
o.入院患者の特性上、退院支援を行っていない	4	3	2	1

※その他の理由があれば教えてください。

25. 「地域移行支援」を利用する利点と課題に関する下記の各項目について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

		非常に あてはまる	あてはまる	あまり あてはまらない	全く あてはまらない
利 点	a. 退院後の支援との連続性がつくれる	4	3	2	1
	b. 退院に向けた支援内容に幅が出る	4	3	2	1
	c. 支援関係者のネットワークができる	4	3	2	1
	d. 院内のマンパワー不足を補える	4	3	2	1
課 題	e. 診療報酬に反映されない	4	3	2	1
	f. 利用する事業所の調整に時間がかかる	4	3	2	1
	g. 院内外の関係者の調整に手間がかかる	4	3	2	1
	h. 利用したいと思える事業所がない	4	3	2	1
	i. 支援頻度が少ない	4	3	2	1
	j. 半年間という期限では使いにくい	4	3	2	1
	k. 自治体の支給決定に時間がかかる	4	3	2	1
	l. 自治体への支給申請手続きが難しい	4	3	2	1
m. 利用者が仕組みを理解できない	4	3	2	1	
n. 患者本人に勧めても利用の意思を示さない	4	3	2	1	

※上記以外に、利用する利点と課題があればお教えてください。

利点	課題
----	----

26. 貴院で入院患者に「地域移行支援」の利用を勧める際に留意していることがあればお聞かせください。  
(例：相談支援事業所に精神保健福祉士がいる、家族が同意する など)

ご回答ありがとうございました。今後のインタビューにご協力いただける場合、ご連絡先をご記入ください。

医療機関名： \_\_\_\_\_

ご担当者氏名： \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_