

第1回検討会における構成員からの主なご意見

【検討に当たっての視点・考え方】

- 精神医療のあるべき姿の基本は、入院している精神障害者を地域へ帰すことである。(近森構成員)
- 本人をどう支えていくかというケアマネージング論だけでなく、医療・福祉の構造をどう変えていくかの議論をすべき。(長野構成員、良田構成員)
- 患者に過度な負担をかけないことも大事だが、医療者側も退院を諦めないということが大事。(伊豫構成員)
- 先進的な地域移行の取組を普遍化するにはどうすべきかを議論すべき。(岩上構成員)
- 精神障害者に対する対応は、まず入院ありきであるという発想を改めるべき。(田川構成員)
- 病院完結の精神医療から、地域完結の精神医療に変えるべき。あるべき姿を踏まえて具体策を議論すべき。(中板構成員)

【検討の進め方】

- 退院意欲の喚起や退院プロセス等の退院に向けてどう取り組むかという論点と、その後地域でどうやって支えていくかという論点の2つに分けて議論すべき。(山本構成員)
- (地域移行のための方策として) あらゆる選択肢について議論すべきで、新しい選択肢も導入を試みる必要があると考える。ただし、新しい選択肢がどの医療機関になじむのか、また導入したときどのような副作用があるか、それぞれを第三者的にチェックできる仕組みがセットで必要と考える。加えて、新しい選択肢を議論する際に、反対する場合には、現実的・具体的な代替案を提示すべき。(伊藤構成員)
- (日本と同様に) 先進国で民間病床の精神病床が中心であるのに病床の削減を進めた例としてベルギーが挙げられるが、病床をナーシングホームに変える等により削減を行った。転換の可否やその方策、今後の方向性はしっかり議論すべき。(伊豫構成員)
- 上記としても、行動決定の自由度や金銭管理の程度などを基に、退院後の生活が質の高いものとなるような体制としていくべき。(伊豫構成員)
- 病床転換は最初から資料に文言を入れて議論すべき事項とするのではなく、議論を行う中で話題になった際に議論すればよい。今回こそ社会的入院をなくすという全体的なことを議論すべき。(広田構成員)
- 病床転換については、指針に「転換の可否を検討とある」ため議論を行うこととしているものであり、議論を行うことに違和感はない。(河崎構成員)
- 「病床転換」という言葉は、人により捉え方が違うので変えるべき。病床閉鎖及び新サービス創設という趣旨だと思っている。(千葉構成員)
- (高齢の精神障害者等にとっては、) 今回の議論が地域移行の最後のチャンスとなる。実効性のある策を議論すべき。病床転換は病床削減とセットでなければいけない。

病床転換が否であったとしても、その理由を明確化し、病院に残るべき人はどういう人かなど議論すべき。(柏木構成員)

【患者像について】

- 退院困難かどうかの判断やその理由については、調査担当者の意識や、病院職員か地域職員かどうかで異なる。(澤田構成員、田川構成員)
- 単に1年以上の長期入院精神障害者といっても、入院期間が1～2年の方と10～20年の方では必要な支援が違う。また、65歳以上とそれ以外でも行うべき医療や支援が異なる。(吉川構成員)
- 医療側が病状を理由に退院困難という場合も、治療法の有無、介護の必要度、身体合併症の有無等により異なるものであり、その分析・検討が必要。(中島構成員)
- 百人百様の生活があり、その支援はオーダーメイドであることが望ましいが、現実的には難しい。しかし、少ないニーズであっても、ニーズにあった種類の支援策を作っていくべきではないか。(千葉構成員)

【具体的課題】

- 入院中の精神障害者が地域の生活を知り退院への意思を作っていくには、グループホーム活用型のショートステイなどの体験宿泊を軸にトライアル(試行)の機会を多様に設けることが必要ではないか。(伊澤構成員)
- 長期入院患者の退院に関する意向を確認するに当たっては、退院後の支援に関する十分な情報提供がなされているかが重要。(平田構成員、伊澤構成員)
- グループホームの設置に当たっては、防災設備に関する規制等も大きく影響する。グループホーム増設に向けて、担当官庁(厚労省、国土交通省、総務省・消防庁)にブリッジをかけ幅広い議論をすべき。(伊澤構成員)
- 様々な施策があるが、どの支援を組み合わせていくべきかパッケージングが難しい。包括的な支援策の例もあってよいのではないか。(長野構成員)
- 今までも退院促進、地域移行などの事業が行われたが、長期入院者が減っていないことの分析が必要。よい医療をしようとすれば人件費率が高くなり、退院が増え、空きベッドが多くなることで病院の経営が苦しくなるという構造があるということも問題である。(良田構成員)