

長期入院精神障害者の地域移行に向けた課題と構成員から提案のあった対応案【柏木構成員提出資料】

番号	課題	構成員から提案のあった対応案
㊦ 退院に向けた支援		
㊦-1 退院に向けた意欲の喚起		
1	意欲の前提となる本人への十分な情報提供	<p>① 意欲を喚起すべきは医療従事者。本人に必要なのは安心感。病院に留まる方が安心感が高ければ退院したくない。</p> <p>② 医療従事者の意識の変化が必要。本人のニーズを中心にし、ストレングスに着目した地域移行支援が出来るよう人材育成が必要。パターンリズムや本人の課題のみに着目した支援では、地域移行は進まない。</p> <p>③ 入院している方が手厚い看護や介護、支援を受けられるので、入院していた方が安心という家族の思い、また本人も今更苦勞をするようなことはしたくないと思い、さらに医療従事者もまた穏やかに入院生活を送っているのにあえて病状悪化を招くようなことをする必要があるのか、本人にとって入院している方が良いに違いないという思い込み、などなど。それらを180度転換して行く意識改革が必要。</p> <p>長期入院が難しくなるような仕組み作りと病院スタッフの地域でも生活が可能であるという支援イメージの共有が必要。病院全体が長期入院撲滅に乗り出すことで、自分には関係ないと退院を考えていなかったり、諦めていたりする人たちが「自分も」という希望を持ってもらえ、あるいは家族も「なぜ自分の家族だけが退院させられるのか」という疑問を一掃することになる。</p>
2	入院中の患者同士の関係性を重視した取り組み	○ ペア・グループ・カップル等での退院支援をおこなう仕組み（この人と一緒なら…という意欲につながる取り組み）

3	ピアサポーターの活用が有用である。	<ul style="list-style-type: none"> ① 退院に向けた支援を行うピアスタッフを配置することで相談支援事業所に加算をつける。 ② ピアサポーターの継続した病院訪問・交流活動 ③ ピアサポーターに限らず、地域で暮らす精神障害者も役に立ちたいという希望があるはず（交流する地域活動支援センターに自然発生的に地域移行に協力するグループができた実例もある）。 ④ ピアサポーターの情熱に院内スタッフも喚起される場合もある。
4	1年以上入院患者を対象とした退院支援委員会の開催が法律上も診療報酬上も規定されていない	○ 改正精神保健福祉法の施行と診療報酬改定（精神療養病棟入院料の施設基準）により導入された退院支援委員会の開催は、基本的に新規入院患者が対象となっている。法施行の実施状況、診療報酬改定後の実施状況を見ながら、長期入院患者に対する退院支援委員会（ケア会議）を定期的を開催する仕組みを導入すべき。
5	一人一人のペースに合ったかわり 例えば「〇〇がしたい」と言ってもすぐに対応できず「待って」ということが多い。それを繰り返している間に意欲はなくなる。	○ マンパワーの充実 パーソナルサポーターのようなイメージで一人にひとりが付くくらいのことができれば。
6	精神科病棟環境の暗くて閉鎖的なイメージ、地域からの遠さ。当事者にとっても地域は遠いところ。	○ 「地域から病院へ」「病院から地域」へという人の交流を仕組みに入れていくべき。
7	医療従事者の意識改革	<ul style="list-style-type: none"> ① 精神科医療に関わるものが退院後の生活をイメージ出来ない中では地域移行は進まない。地域での生活が当たり前で、地域生活を阻害する環境要因の調整、改善により障害が重い方、幻覚妄想がある方でも、退院が出来るという、スタッフの意識変容が必要。そのための研修を、国・都道府県が医療従事者の参加を義務化して行う。 ② 患者本人への情報提供も必要であるが、特に病棟でクライエ

		ントの様子をよく知っている看護スタッフが地域にどんな支援サービスがあるのかを知ること、見る必要がある。病棟内に留まらず、病院の外に出て行き、地域を知ることにも看護業務の一環であるという意識の徹底化がほしい。
8	地域の意識変容	① 積極的に地域移行を受け入れている地域はほんの一部に限定されている。多くの地域や行政は「仕方なく」理解をしたふりをしている。4と同様に、地域の支援関係者に研修を義務化するとともに、住民に対する研修も制度化する。地域移行実績を保健所による医療監視または都道府県による実地指導の対象として、公表する仕組みを導入する。
9	意欲喚起のための地域資源の活用	○ 入院中から地域の支援資源（地域活動支援センターや作業所）に定期的に通所できる仕組み
10	入院中のコミュニティを重視した取り組みが必要	○ 「住み慣れた環境」がすでに病院内コミュニティであると考えたと、そのコミュニティを極力壊さずに地域移行できる取り組みが必要（被災地の仮設住宅でコミュニティ毎に入居する試みなどを例として）。
㊦ー2 本人の意向に沿った移行支援		
1	安全管理と個別対応のジレンマ	○ 病院におけるリスク管理としての医療安全の取り組みが、安全を優先した画一的なケアになってしまう側面を持っており、一人ひとりの可能性を潰してしまわないかわりが必要。
2	地域生活のトライアル機会の充実	① 地域移行までの数か月は長期期間の外泊を診療報酬上認めるなどの外泊支援に対する診療報酬上の評価。 ② 2次医療圏に10床程度の「地域生活練習センター等」を都道府県が設置。
3	病院内の支援者への地域における各種サービスの周知	○ 長期入院者が多い精神科病棟入院基本料や精神療養病棟入院料の施設基準に、地域移行に関する研修を受けた看護者の割合を盛り込む。
4	宿泊型自立訓練施設について、利用期限が2年（延	① 利用期限の延長を認めることはできないか。3年目に入ると

	長しても計3年)では重度の精神障害者が利用しにくい。	4割減算なので、運営が厳しくなる。ただし、延長できても居住系サービスを増やさないと根本解決にはならない。 ② 重度の方がいる場合、職員増を保障(3倍程度)
5	地域移行型グループホームにおいても利用期限2年では、重度の精神障害者の更なる移行が難しい。	○ 単に利用期限の延長を認めるだけではなく、退去後の生活を目標にした個別の支援プログラムが実施できるマンパワー(専門職)の確保とそのための財源保障が必要。現在ある居住系サービスの報酬をもっと上げていくべきである。
6	地域移行を前提とした地域の居住先の確保	○ 特にグループホーム等を作る際の施設コンフリクトへの公的機関の対処や調整。または家を借りる際の公的保証人制度の創設など、ソフト面の支援。
7	外部からの情報や意見を長期入院者へ	○ 精神科病院に、都道府県職員が定期的に訪問し、相談や情報提供を行うといった外部からの相談体制を作る。
8	地域支援者が入院中から医療従事者と連携して、地域移行を支援していく仕組みをより実効性のあるものにしていく必要がある。	○ 地域移行支援(個別給付)の支給決定に地域格差がある。もう少し利用しやすくすべき。
9	病院への政策誘導	○ 精神科病院に対し地域移行に(強制的にでも)取り組む仕組みの導入(診療報酬の差別化)。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病床規模に応じた診療報酬の逓減制(一定病床数を越える毎に逓減) ・ 精神療養病棟入院料等の点数の入院期間による逓減制。 ・ 精神科救急入院料・急性期治療病棟入院料算定の要件に病院の長期入院者地域移行の実績(退院者数や取組み件数)を入れる。 ・ 長期入院解消に努力する病院には手厚い成功報酬、逆に無策で地域移行が進まない病院にはペナルティを課す。 ・ 病床削減を救急・急性期の認可条件にする、 ・ 精神療養病棟の維持よりもサービス付き住宅の経営が儲かる仕組みづくり

10	生活保護行政の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ① 精神科病院長期入院中の被保護者に対する頻回な定期面接、医療可否意見書のチェック体制の強化 ② 医療上の必要性が薄いと判断した場合の、重点的な退院指導 ③ 遠方の病院へ入院している被保護者に対する退院支援強化
① 地域生活の支援		
1	退院初期の不安を軽減する対応が必要	○ 退院後の当面の間、病棟のなじみの看護師等が退院先に訪問支援できる体制
2	市民と障害者が自然に交流できる場が必要	○ 一般市民と障害者の垣根のない交流センター（市民障害者交流センター）の設置義務化。
3	精神障害者が地域生活上の不利益を受けないための仕組み	○ 利用者の差別や偏見による不利益がないか、行政の責任で常に通報を受けたり、巡回して権利侵害から守るためのアドボカシーパトロールの実施。
4	居住先の確保（高齢者以外）	<ul style="list-style-type: none"> ① グループホーム設立への助成、スプリンクラーなどの助成充実、グループホームの報酬単価が低いので上げないと運営するところは増えない。 ② 少し規模の大きなグループホーム（？）の設立に、その地域の災害時の避難場所としての機能を持たせて設立することで助成を行っては。地域に必要な施設となり、コンフリクトの問題も起こりにくくなるのでは。 ③ 夜間の見守りがある居住先の確保（精神障害者が主な対象のグループホームには当直体制がないところが多い）。 ④ サポート付き住居を増やす まずとは異なる「プライバシーの尊重される生活の場」が本人にも家族にも比較的安心できるワンステップの場として支援付住居は有効。サポートが付いていなくても病院などのすぐ近くのアパート借り上げで、期限を決めて利用できる仕組みが必要。

		<p>⑤ サービス付き高齢者住宅の障害者版の整備</p> <p>併せて、厚生労働省と国土交通省の共管による「高齢者居住安定確保計画」（高齢者の居住の安定確保に関する法律）と同様に、都道府県による「障害者居住安定確保計画」の策定を規定して計画的に居住の確保を図る仕組みの導入（障害者基本法？）</p>
5	居住先の確保（高齢者）	<p>① サービス付き高齢者住宅の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同施設に障害支援区分認定で入居できるような政策誘導 ・ 行政監査による質の担保 ・ ナースコールによる24時間対応 ・ 建物内にヘルパーステーション、訪問看護ステーション、医療機関があるというような環境 ・ 栄養バランスの取れた食事提供 など <p>② 介護報酬における長期入院からの退院者に対する一定期間の加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域移行受け入れ加算の創設 （例として、宿泊型自立訓練では、医療観察法対象者や刑務所出所者の報酬単価は、通常の3倍になっている） <p>③ 介護保険は障害で区別せず、介護保険サービスの不足分に自立支援サービスを上乘せする制度運用</p> <p>④ 低所得者が利用できる居住系サービスの整備</p>
6	入院費よりも地域で生活する方が経済的負担が大きいことが、地域移行の妨げになっている。	<p>○ 生活保護受給者の方が、経済的には地域移行を想定しやすく、障害年金等の受給者の方が厳しい。グループホーム等の入居者には、家賃補助があるが、それ以外にはない。</p> <p>精神障害者の所得保障について抜本から考えていく必要がある。</p>
7	65歳以上の高齢精神障害者の介護保険、障害福祉サービスの利用がしにくい。	<p>○ 要介護度の問題や経済的負担で介護サービスの利用が難しかったり、市町村によって日中活動等の福祉サービスの利用の制限があったりする問題の解消。</p>

8	合併症・身体機能の低下への対応・支援が必要である。高齢長期入院者の多くは合併症を持っていたり、長期間の服薬による排便障害、加齢による歩行障害等、口腔内衛生の不十分さなどから、定期的な受診や疾病教育等が必要。	○ 地域においても福祉だけでなく、医療、看護、介護のマンパワーの充実が必要。
9	地域特性に合わせた柔軟なサービス提供	○ 様々な地域での独自の独創的な取り組みや試行的な取り組みについて（たとえば「富山型デイサービス」のような乳児から、子ども、障害者、高齢者が利用できる特区のとりくみなど）、財源補助をし、制度化していくような柔軟な取り組みが必要。
10	生活支援の観点からの地域での危機介入システムの未整備	○ 24時間対応で危機介入できる地域のソーシャルワーカーの存在。
11	個別支援では地域移行が困難な層が一定存在する とした場合の対応	○ 居住先（生活の場）と生活スタイルが一気に変化することを避けるために、有期限での段階的に地域生活をめざすことのできる新たな居住施設へ一旦移行し、既存サービスもしくはACT支援（これが全国的に広まる前提で）で生活のスタイルを作り、その後居住先を新たに設定する。
㊦ その他		
1	新たな社会的入院を生まないための取り組み（不要な入院をさせない、または、出来ない仕組みが必要）	○ 精神科の既往のある方で入院治療を必ずしも必要としない場合でも、他に行き場がないことを理由に任意入院になったり、認知症の方で BPSD や精神症状がないのに精神科に入院している現状がある。社会的入院が、行政やケアマネジャー、市民など地域側の要請で生じている側面もある。 また、老衰や病死する方、寝たきりの方が、精神病床の対象ではないはずだが、本来は介護保険サービスや一般科病院で対応すべき問題が現実には精神科に押し付けられている。