

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【第2回作業チームまでのご意見等】

番号	課題	構成員等から提案のあった対応案	構成員
㊦ 退院に向けた支援			
㊦-1 退院に向けた意欲の喚起			
1	意欲の前提となる入院患者本人への情報提供が不十分である。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院患者への退院後の生活支援を含めた十分な情報提供を行うことが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 院内プログラム（作業療法や病棟単位でのプログラム）や交流会等への地域の支援者の参加による患者との出会いを通じた関係づくり及び情報配信 ・ 退院後に実際に生活の場や活動の場となる地域への外出、見学の実施、体験入居・利用の促進 ○ 入院中の患者同士の関係性を重視した取組として、院内でコミュニティを形成している複数人ごとに退院支援を行う仕組み（この人と一緒なら…という意欲につながる取組）の導入。 ○ 退院意欲の喚起に向けた個別支援を行う病院スタッフの充実。 	伊澤構成員 柏木構成員
2	ピアサポーターの活用が不十分である。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 交流等により退院の体験をした実例や地域生活の実例をみせ、実際的な情報を提供する取組の実施。 ○ 相談支援事業所等に所属するピアサポーターについて作業療法や病棟単位プログラムを通じた交流活動の実施。 ○ ピアサポーターを通じた関係者や関係機関とのつながり方、使い方といった社会資源の活用のノウハウの伝達 ○ 地域活動支援センターを中心としたピアサポーターの養成。 	樋口座長 伊澤構成員 柏木構成員 倉橋構成員

		<ul style="list-style-type: none"> ○ 院内説明会や地域資源見学会においてピアサポーターが積極的に活動できる体制の確保。 ○ ピアサポーターの活動費、養成費につながる報酬の新設等の制度的な整備。 ○ 病院職員への研修にピアサポーターの話を聞く時間を設定し、院内スタッフの退院支援に向けたモチベーションの高揚を図る。 	
3	面会に制限がある。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者仲間、友だちなどについて、一般病棟と同等の自由な面会にしていくべき。 ○ ピアサポーターに頼らず、患者仲間や友だちが支援する方法を活用。 	広田構成員
4	院内スタッフの退院支援に向けたモチベーションが低い。また、院内スタッフの情報不足のため退院に向けたアプローチが弱い。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療従事者の意欲喚起、意識の変化が必要。 ○ 病棟の看護配置基準を緩和し、院内スタッフが地域で生活する精神障害者や事業者等と関わる機会を作る。 ○ 病院職員が、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意識を持てるようにするための研修等を通して、病院職員と地域の支援者の支援イメージの共有を図る。(当事者による情報発信、地域の支援者との情報交換や、これらのための協議会・退院支援委員会の活用等) ○ 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として地域移行に関する研修を受けた看護者の割合に係る基準を設ける。 ○ 地域の支援者と病院スタッフが地域でも生活が可能である 	伊澤構成員 岩上構成員 柏木構成員 倉橋構成員 千葉構成員

		<p>という支援イメージを共有することが必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師、看護師の大学教育、研修制度の中に、地域移行の内容も盛り込むべき。 	
5	生活保護を受給している患者への退院支援が不十分である。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活保護担当者と保健所担当者が一緒に面接し、退院支援を行う。 ○ 生活保護担当者への教育。 ○ 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、医療要否意見書のチェック体制の強化 ○ 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 ○ 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 	<p>柏木構成員 代理木太氏 第2回作業 チームヒア リング柳氏</p>
6	1年以上入院患者については、医療保護入院者退院支援委員会の開催が義務化されておらず、退院に向けた検討体制を設けることが必須となっていない。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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医療保護入院者退院支援委員会（ケア会議）を定期的で開催する仕組みを導入すべき。 	<p>柏木構成員</p>
7	地域から長期入院者を引っ張る仕組みがない。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の事業所の「出張所」の機能を病院内に整備できないか 	<p>伊藤構成員</p>
㊦ー2 本人の意向に沿った移行支援			
1	地域生活の体験機会が不足している。 （現状の体験（通所、宿泊）は地域相談の中で行われており、手続き等煩雑で進めにくい等）	<ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメント機能を強化したショートステイや、賃貸物件の活用等による体験宿泊利用機会の充実 ○ 病院のスタッフが同行、付き添い支援等により対象者とともに体験を行う機会の創設 ○ 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の創設 	<p>伊澤構成員 柏木構成員 野澤構成員</p>

		○ 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	意欲喚起から地域移行までのつなぎの支援が不十分(一般相談支援事業所からの働きかけに対する報酬がなく、時間をかけての支援が難しい、本人が退院を迷っている段階で行う相談支援に対する報酬が不十分である等)	○ 「退院支援コーディネート事業」の復活、拡充 ○ 一般相談支援の新規参入事業者に対するサポート制度の導入(先行事業者によるスーパーバイズ等) ○ 個別給付である地域移行支援を早期の段階から利用しやすいようにするための制度見直し。	伊澤構成員 第2回作業 チームヒア リング柳氏
3	要介護認定、障害支援区分認定を受けている人や、精神障害者保健福祉手帳を申請されている人が少なく、退院後の支援が円滑に行われない。	○ 入院患者の障害福祉サービスや介護サービスのニーズを把握し、適切な支援に結びつけるため、申請を行い、入院中から障害支援区分や要介護度を把握する仕組みの導入	岩上構成員 柏木構成員
4	既存の宿泊型自立訓練施設を含めたステップ(地域移行ホーム等を含む)が軽症者向けとなっており、利用期間が短い。 (設定期間終了によって再入院となるケースがある等)	○ 障害の程度に応じた利用期限の延長ができないか。 ○ 単に利用期限の延長を認めるだけでなく、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人材(専門職)の確保とそのための財源保障が必要。 ○ 重度の対象者に対する夜間支援について、人員配置制度の整備が必要。 ○ 立地はあくまで地域内に限定	伊澤構成員 岩上構成員 柏木構成員 千葉構成員
5	都道府県や保健所等の相談体制等が不十分である。	○ 精神科病院に、都道府県や保健所の職員が定期的に訪問し、相談や情報提供を行うといった相談体制を作る。 ○ 保健所等が、入院している方を1保健所につき年間400人訪問すれば、入院患者の意向を聴取し、退院に結びつけることができる。	岩上構成員 柏木構成員 第2回作業 チームヒア リング柳氏

		<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療保護入院者退院支援委員会への保健所の参加を促進する。 ○ 入院支援だけでなく退院までの支援を行う必要あり。 	
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	柏木構成員
2	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。(障害年金等の受給者の方が生活保護受給者より地域移行が難しい、家賃補助があるのがグループホームのみである等)	○ 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	柏木構成員
3	居住資源が不足している。	<p>【グループホーム】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ グループホームを新たに作るのではなく、空き家を活用する方策の検討。 ○ 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の引き上げ。 ○ 少し規模の大きなグループホーム等の設立の際に、その地域の災害時の避難場所としての機能を持たせることに対する助成。 ○ 医療的なケアを導入できるホームの設置を促進する。 ○ グループホームの新規開設、増設を容易とするための規制の見直し(建築基準法・消防法等) <p>(H27年度より原則スプリンクラー設置という方向だが、防災</p>	伊澤構成員 広田構成員 第2回作業 チームヒア リング柳氏

		<p>訓練強化の場合の設備整備緩和等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 夜間支援体制を充実させるための報酬体系の確立 <p>【単身生活者支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 公営住宅優先入居制度の見直し ○ 法人借り上げの居室において、生活支援員を配置し、生活支援・見守りを行う。日中は訪問看護・介護事業所と連携し夜間は相談支援事業所等と連携といった給付事業を創設 <p>【高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス付き高齢者住宅の充実 <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、医療機関等の環境整備 ・ 栄養バランスの取れた食事提供 など ○ 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の創設 ○ 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) ○ 介護保険と障害を区別せず、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 ○ 低所得者が利用できる居住系サービスの整備 <p>【その他】</p>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ○ 賃貸契約時の保証人・保障サービス会社利用に代わる保障制度（公的保証人制度）の創設 ○ 貸主・不動産会社に対する保障（税制優遇・金銭保障等）の創設 ○ サポート付き住居や、病院などのすぐ近くのアパート借り上げにより期限を決めて利用できる仕組みの創設。 ○ サービス付き高齢者住宅の障害者版の整備 ○ 厚生労働省と国土交通省の共管により、都道府県による「障害者居住安定確保計画」を策定し、計画的に居住の確保を図る仕組みの導入 	
4	家族が困った時に頼れる支援が不足している。		良田構成員
5	これまでのシステムでうまくいっていない中等症以上の患者を対象にした施策が必要。		千葉構成員
6	65歳以上の高齢精神障害者が介護保険、障害福祉サービスを利用しにくい。（要介護度が認定されていない。経済的負担について課題がある。日中活動等の福祉サービスの利用制限がある等）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療的支援との連携など、介護施設側が受け入れやすい仕組みや、スタッフ側の体制を作ることが必要。 	柏木構成員 千葉構成員
7	サービスメニューの量と質を拡充（既存事業の機能強化を行い、障害福祉サービスの量と質を拡充すること	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問診療、訪問看護ステーション、相談支援事業所の増設 ○ 訪問看護の拡充 ○ 「居宅介護」における時間の枠組みの見直しや支援要素とし 	伊澤構成員 広田構成員

	が必要。	<p>ての見守りの強調</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談支援専門員の養成強化 ○ 「地域定着支援」サービス利用に対する報酬の充実 ○ 「短期入所事業」の拡充と利用しやすさの向上 ○ 「生活介護事業」の居住型の創設（1住居6人程度） ○ 居住サポート事業の必須事業化 ○ 寂しさで単身生活が難しい人の評価方法を確立し、サロンの創設等寂寥気分への対応を行う。（淋しさ対策） ○ 安心して通える居場所の拡充として、地域活動支援センター事業の国事業化。 ○ 就労系事業所の「居場所機能」に対する報酬の確保 ○ 通所系事業所の交通費自己負担への支援 ○ 地域移行支援のためのメディカルサービスを確保するため医師・看護師・PSWを主体とする医療センターとして、24時間対応、訪問診療を行う、少数の入院病床の施設の創設 ○ ホームヘルパーの拡充 	
8	介護が必要でないが生活能力に問題がある人について、受け皿が不足している。	○ 高齢者住宅に入りやすいようにする等、高齢者全般向けの施策の活用を図ることが必要である。	千葉構成員
9	合併症・身体機能の低下への対応・支援が必要である。（合併症、長期間の服薬による排便障害、加齢による歩行障害、口腔内衛生の確保等）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 定期的な受診や疾病教育等を行える仕組みの導入。 ○ 地域において、福祉だけでなく、医療、看護、介護の人材の充実が必要。 	柏木構成員
10	地域特性に合わせた柔軟なサービス	○ 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	柏木構成員

	ができない	みについて、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。	
11	生活支援の観点からの地域で危機介入できるシステムの未整備	○ 医療の観点も考慮しつつ、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を養成する。	柏木構成員 良田構成員
12	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に対応ができていない	○ 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、既存サービス又は A C T 支援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といった仕組みの創設。	柏木構成員
13	地域における相談窓口、支援の制度はできているが機能していない。	○ 制度を機能させるための人材確保、教育が必要である。	岩上構成員 野澤構成員
14	地域で精神障害者を指導させるための人材育成の仕組みが不十分である。	○ 官民共同で人材育成を行う仕組みの導入。	岩上構成員
15	（自立支援）協議会が機能していない。	○ 自立支援協議会に「地域移行支援部会」を必置し、当該地域市民の入院・入所状態の把握ならびに個別退院・退所計画の作成に基づいた退院支援を行う。 ○ 精神保健福祉資料（630 調査）を用いて、自分の地域に取り戻す自治体の取組を促す。	伊澤構成員
16	保健所内の保健師数が減少している。	○ 保健所に対する精神保健に関する位置づけが必要。 ○ 保健所の取組のための予算措置が必要。	第 2 回作業 チームヒア リング柳氏
17	市民と障害者が自然に交流できる場が不足している。	○ 市民と障害者が自然に交流できる場として、一般市民と障害者の垣根のない交流センターの設置。	柏木構成員
18	精神障害者が差別や偏見により地域	○ 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	柏木構成員

	生活上の不利益を受ける場合がある	<p>として、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等を行う。</p> <p>○ 地域の支援関係者に研修を義務化するとともに、住民に対する研修を制度化する。</p>	
19	地域生活を支える人材に限りがある。	<p>○ 地域の受け皿を増やすには、長期入院精神障害者の地域移行に併せて、病院で働くスタッフの地域移行（地域生活を支える医療従事者への移行）が必要である。</p>	岩上構成員

※その他のご意見

1	病床を埋めなくてはならないという経営的・構造的な問題が、医療側からの積極的な退院が妨げられている。		柏木構成員 岩上構成員 広田構成員
2	本来的な病院の役割を考えれば、医療の必要性がない患者を病院が抱えこむべきではない。		山本構成員
3	精神科医療において人員が不足しており、診療報酬も不十分である。	○ 精神科医療のきちんとした人員と診療報酬を。	岩上構成員 広田構成員
4	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。	柏木構成員
5	病院への政策誘導	<p>○ 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）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病床規模に応じた診療報酬の逡減制（一定病床数を越える 	柏木構成員

		<p>毎に通減)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神療養病棟入院料等の点数の入院期間による通減制。 ・ 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 ・ 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。 	
6	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）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	柏木構成員