

長期入院患者の実態把握を現場で 支援課題の確認と合わせて行うには

- 大規模な量的調査よりも、医療機関の中で多職種チームが行うか、地域の相談支援専門員もしくは介護支援専門員に、支援ニーズや要介護度の確認を実施してもらうことのほうが、現場で支援課題の確認共有につながるのではないかと。
- その際に、指標となるような事例の配布や調査ガイドブックを配布し、参照してもらう。
- 入院中の環境ではなく、地域生活を想定した支援ニーズの把握とするためには、体験の場の活用とセットで、実態把握を行うことが重要。
- もちろん、大規模調査でない場合は、時間がかかることが想定されるため、体験の場の整備・活用による退院支援は並行して進める。
- 日本精神保健福祉士協会は、社会的入院解消に対する組織的な取り組みの一つとして社会的入院の実態把握を行う計画をしております。

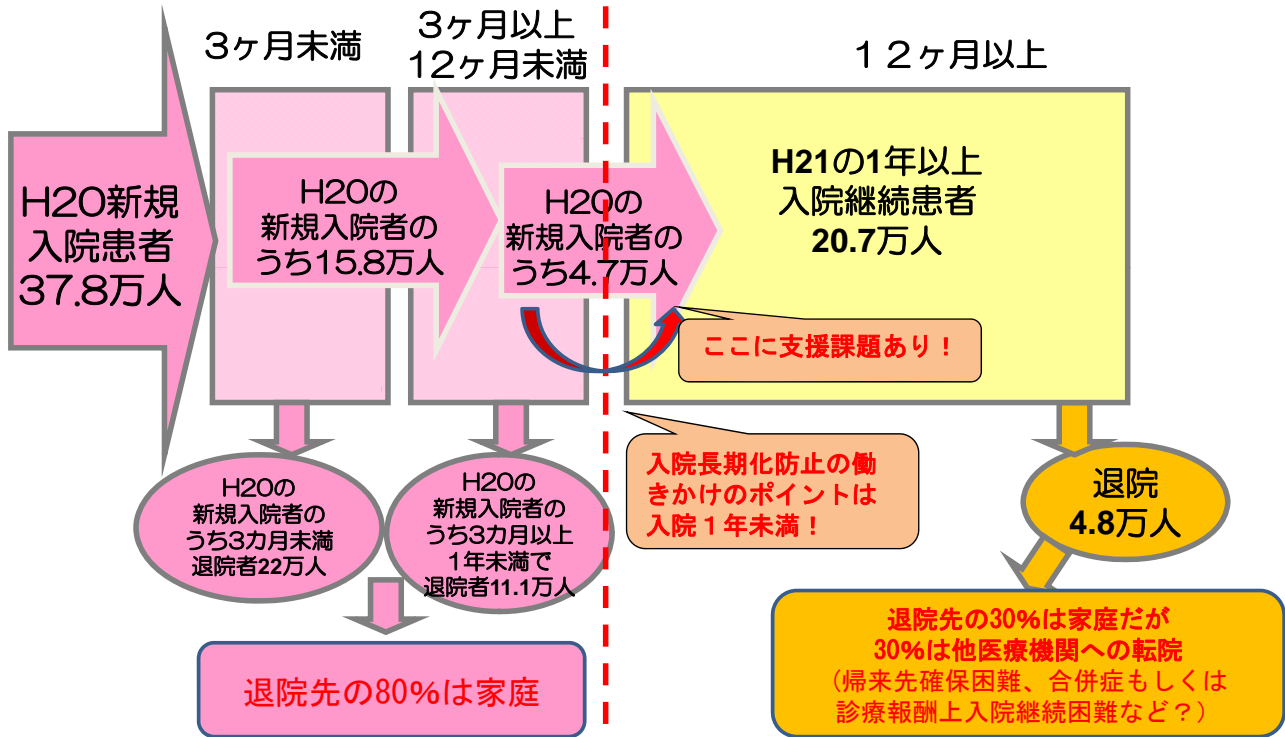
社団法人日本精神保健福祉士協会

15

3. 入院時から計画的に退院支援を行う流れを仕組みとして講 じること。

精神病床における患者の動態

(第1回検討会資料「(精神・障害保健課調)より推計」に一部加筆)



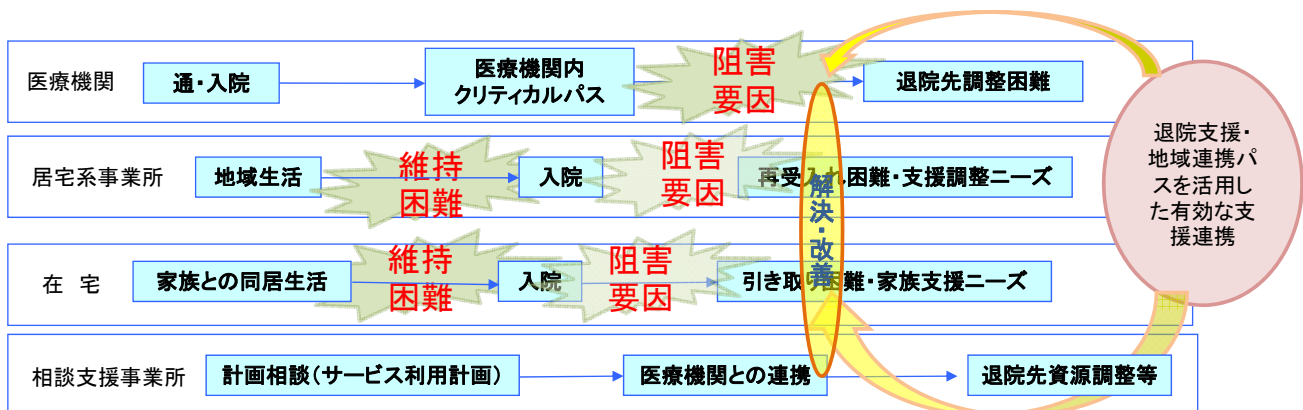
入院時から退院支援に向けたクリニカルパスを作成し、手厚い地域生活支援体制を要する患者には、地域連携パスやサービス利用計画を用いることで、ドラスティックに動態を変えられないか

多職種チームによるクリティカルパス・地域連携パスの導入

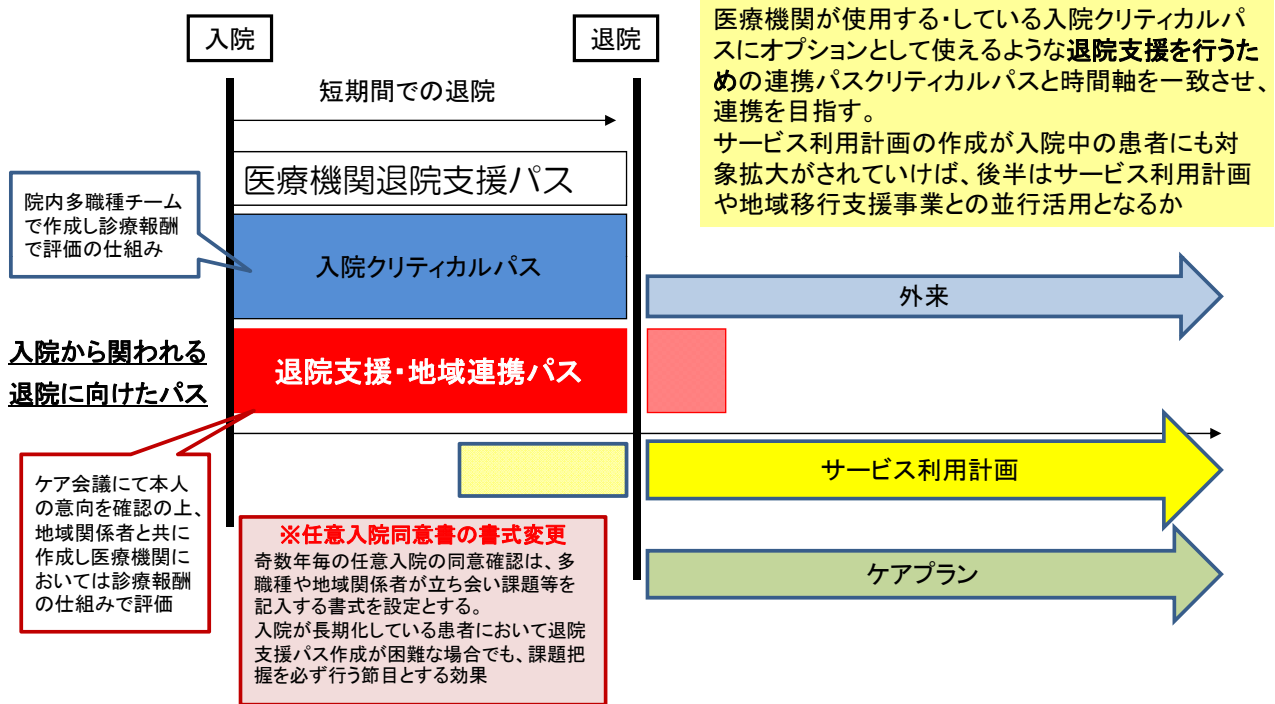
●平成20年の精神科病床への新規入院患者数は37.8万人。うち3カ月未満の退院者数は22万人、3カ月以上1年未満での退院者数は11.1万人、1年以上入院継続者は20.7万人であり、そのうち退院者数が4.8万人になると推計されている(厚生労働省、精神・障害保健課調べ)。

●また、平成20年のデータでは、1年未満の退院先は約80%が家庭であるのに対し、1年以上の退院先は約30%が家庭、約30%が他院への転院となっていて、約40%が障害者自立支援法等の居宅系事業への退院と推計される。厚生労働省の調査によると、精神科病床に入院している入院患者の50.5%は「居住先、支援が整えば近い将来(6カ月以内に)退院が可能とされている。また、精神症状の改善に必要な期間は多くの場合1カ月程度であり、入院期間が3カ月以上になると機能低下等により、地域へ帰りにくくなるとされている。

●入院前、もしくは入院前から精神科病院と地域の支援機関が連携して、退院に向けた支援を始め、患者が地域で望む生活を実現していくための支援体制を整えることが必要である。



目指す「退院支援・地域連携パス」のイメージ



精神科病院内と地域の事業所等が「退院支援・連携パス」もしくは「サービス利用計画」などを活用しながら、支援内容や方法に対する相互理解を深め、退院後の地域生活を見据えた精神科医療(入院中の取り組み、アウトリーチや夜間・休日等の診療、訪問、相談体制など)との連携が推進・強化されることにより、入院患者の早期退院の促進と患者を取り巻く周囲の人がともに安心して地域生活が継続できることを目的とする。

4. 長期入院患者の退院支援に関して、不足するサービスや資源の整備に関して定期的に地域自立支援協議会で協議し対応する仕組みの構築。

精神科病院と地域が共同して果たす精神病床の縮小と地域移行

病院と地域の共同実践が要、鍵となる

- 行政(市町村)が間に入って調整する必要
(スケジュール見通し、双方の経営・運営的リスク面の調整・資金投下に関する見通しと計画立案に関与可能)
- 病院の管轄は都道府県である
- 地域資源(障害者自立支援法・介護保険法)の窓口は市町村である
- 従って自治体間の連携調整が必要(医療計画と障害福祉計画と介護保険計画の連動)
- 全国的な展開のために、国の役割が重要(調査・指導・研修・公開等)
- **メニューや方策はかなり整備された。**

しかし、各機関が各立場でお互いに待っているだけでは動かない……

病院では多職種チームによる入院時からクリティカルパスや退院支援・地域連携パスの作成において、必ず生活支援ニーズと必要な資源確認を実施。

地域自立支援協議会に資源整備に関する協議部会を設置し、障害福祉圏域内の医療機関の代表者が参加し、医療機関内で確認された要資源整備状況課題を協議し整備を図る。実施状況が良くない自治体には指導もしくは公表する。

地域では、地域自立支援協議会における地域資源整備状況と障害福祉計画における資源整備目標の確認実施。

21

障害者自立支援法のメニューと長期在院者の地域移行の対応 特に入院患者の半数を占める長期入院・高齢患者について(東京都単独制度例)

グループホーム・ケアホームに東京都独自施策の評価を参考に提案
滞在型促進・長期在院者地域移行加算など

東京都では障害者自立支援法を契機に通過型グループホームを中心とした量的整備を実施

(3年を原則、そこからアパートへ。ある程度の自立＝服薬・金銭管理・日中活動参加が対象者要件。通過型GHは人員基準として世話人は精神保健福祉士又は社会福祉士国家資格取得者としていて、加算が一人当たり921円。当直を置くグループホームには更に一人当たり加算991円⇒10人入居GHで加算無しの場合は年間10,950千円の報酬、資格と当直で一人当たり1,912円加算有の場合、年間17,930千円の報酬で約700万円差額あり職員採用や運営にプラス。またユニット単位で通過型指定もあり。)

長期入院患者の受け入れのために、滞在型グループホームも増えつつあるが、単価の低さから運営には一定規模が必要。

(報酬は国基準のまま都の上乗せがない。長期入院患者の受け入れには支援の手厚さが求められ、加算評価によって長期入院患者の地域移行の受け皿として整備検討)

ケアホームは三障害対応で介護系施設と扱われるため、ハートビル法や消防法が隘路になり、借上げ方式は困難。新築では近隣住民の反対運動の可能性。設備投資(補助金はあるが)による先行投資など課題。

22

病床削減に関連して

精神科医療(病床)機能分化に求められるもの

前提:

- 地域支援体制の整備を伴いながら、入院を必要としない患者の退院支援や地域移行の促進。
- 地域生活支援のための精神科医療として、急性期治療と回復期リハビリテーションを提供できる病床整備。
- 身体合併症治療、認知症専門治療、児童思春期や依存症の治療などの専門治療を提供できる医療機関を医療計画において整備。
- 全体として病床削減、規模縮小を行うことが望まれている。

- ◆ 以下は、この間の診療報酬改定および今後の医療計画における5疾患・5事業の記載事項として既に、または更に進んでいくと予想。
 - ・ 量的減少を質的向上でカバーするには、入院単価を上げて急性期・短期入院へシフトする。
 - ・ 地域生活支援および維持の医療をめざし、入院中心から、**外来診療へシフトしていく。**
 - ・ **選ばれる病院になる事。**
 - ・ 競争原理が激しくなることを通じた、**医療サービスのブラッシュアップ。**

論点となる精神療養病棟について

精神療養病棟とは

- 「長期に療養を要する」患者のために
- 一人当たり病室面積と病棟面積を広めに
- 60床を限度に、病棟単位で
- 一人の専従する精神保健指定医・OTR
- 看護は6:1 助手は6:1 合計3:1
- 薬・検査・処置等は包括化
- 但し、精神科専門療法は出来高

というもの

◎結果的に、多くの病院経営を支える生命線としての位置付けとなってしまう、少ないマンパワーによって退院可能な患者への適切な支援が行き届かなくなっている。
勿論、報酬上経営的にやむを得ない選択として。

- 物理的療養環境は良好な反面、看護資格者が少なくてもいい面
- 看護のマンパワー増強を「病棟単位」で行うための病院のマンパワー構造の底辺を担う面

社団法人日本精神保健福祉士協会

25

今後の精神病床の役割と機能分化 (精神療養病棟廃止に向けて)

◆ 現行の医療法上の人員配置標準(看護職員)を満たしていない病棟について

①精神病床のうち精神療養病棟は一定の経過措置を設けたうえで、廃止の方向を検討すべき。

* 精神療養病棟の看護職員約17,500人を他部門に再配置する。

⇒一旦、精神療養病棟に専従精神保健福祉士を置き、入院患者の地域移行を図る。病棟廃止後は外来部門等に配置移行。

⇒精神病床は人口万対20床となる。

②認知症治療病棟は、段階的に看護職員配置を3対1(15対1)に引き上げ、BPSDへの個別ケアを充実。

⇒精神療養病棟配置の看護職員の一部が認知症治療病棟に配置移行する。* 現行では、およそ3,000人の増員で実現可能。

◆ 精神病棟入院基本料算定病棟は15対1以上とすべき

* 現行では、およそ2,500人の増員で実現可能。

※17,500人－5,500人＝ **12,000人**

急性期診療部門と外来・訪問部門、その他の部門への重点的再配置が可能ではないか

社団法人日本精神保健福祉士協会

26

参考資料

日本精神保健福祉士協会5カ年中期ビジョン・中期計画より抜粋

【中期ビジョンにおける私たちのスローガン】 “資質向上”“全力支援”の推進！

[解説]精神障害者の社会的復権と国民の精神保健福祉の向上に寄与するために良質で等質かつ恒常的に支援を提供することを宣誓する。

中期ビジョンでは、本協会が重点的に取り組むべき課題として「“資質向上”“全力支援”の推進！」というスローガンを掲げた。障害者権利条約に照らし、改めて精神障害者の社会的復権を図ることを目指すための、道筋としての重点的取り組み目標である。

精神障害者の権利擁護と社会復帰を謳った精神保健法が成立してまもなく四半世紀、精神障害者が法制度上障害者の位置づけを得てからようやく20年弱、そして精神保健福祉士法が成立して12年余が経った。障害者計画や障害福祉計画も梃子になり精神障害のある人が街であたりまえに暮らす風景を見かけるようになり、またそのための支援もずいぶん増えてきた。しかし、まだまだ多くの長期入院者が存在し、閉鎖処遇を受けている任意入院者も、また多く存在している。自己決定が困難な状態にある場合も、自己決定支援を受けることがないままに、専門家をはじめ周囲のパターナリスティックな支援に甘んじている人の存在も少なくない。適切な相談支援や医療提供を受けられないことによる、疾患の重症化や自死、心中に至るなどの状況、被虐待、犯罪行為に陥ってしまうなどの不幸な状況も少なくない。

今後、さらに、本人中心の相談支援事業の充実強化が図られていくことが求められている。また、障害者の一層の権利擁護を図るべく差別禁止法や虐待防止法も整備される予定である。その推進を図る人材として、我々精神保健福祉士は、個人の尊厳を重んじ個々の幸福(ウェルビーイング)の実現のために、どこの地域であっても、質の高いソーシャルワークを提供しようという研鑽に努め、全力で、鋭意真摯に実践に取り組み、その成果を内外に示し、対象者及び国民からの評価を得ることが求められる

社団法人日本精神保健福祉士協会の中期計画 (抜粋)

I 精神保健医療福祉の改革に資する具体的実践の組織的推進

＜具体的行動目標[中項目]と具体的な計画[小項目]＞

1. 精神障害者の社会的復権を図るための喫緊の課題である社会的入院の解消に対する組織的な取り組み
 - 1) 社会的入院の課題への取り組み
 - 社会的入院に係る協会内での課題整理と関係団体との協議の場の設置
 - 医療機関等の構成員を対象とした聴き取り等による実践事例の集積社会的入院の実態把握
 - 地域移行支援・地域定着支援の個別給付化の影響に関する検証作業
 - 以上の取り組みを踏まえた具体的な政策提言
 - 2) 地域移行に係る全国的な研修の展開
 - 他職種も含むモデル的研修の開催
 - 都道府県精神保健福祉士協会等との協働による研修の展開
 - 3) 精神障害者地域移行計画策定に向けた全国的な取り組み