

精神障がい者地域移行支援事業について（高齢入院患者地域支援事業の効果検証）

平成26年10月 精神障がい者地域移行支援部会（障がい者自立生活体制検討会）

平成16年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という考え方が示され、本市においても平成17年度より地域生活移行支援事業を実施してきた。

研修会や長期入院者の退院支援等を実施してきた中で、高齢入院患者の場合、入院期間が長期化し支援に時間や手間を要する機会が多いことから、市内精神科病院の協力により、退院に向けた支援を行う「高齢入院患者地域支援事業」を、国の補助事業を活用し、平成24年度から実施してきた。

このような中で、当事業も実施から3年目を迎えるにあたり、実施中ではあるが、現時点における実績や課題等を検証することにより、今後の事業に活用することとした。

なお、検証にあたっては、精神障がい者地域移行支援部会（障がい者自立生活体制検討会）において、関係機関の協力により実施し、また、平成26年7月に厚生労働省から「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」が公表されたため、当該取りまとめ内容も踏まえ追記した。

1 事業の実施概要

精神科病院に入院している長期高齢入院患者を対象に、院内の専門職と地域の関係者で構成する「高齢入院患者地域支援チーム」を設置し、退院に向けた支援を行った。

また、精神科病院や相談支援事業所等の地域移行に向けた取り組みに対する支援・助言や地域移行・地域生活定着に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備アドバイザーを3名配置したほか、ピアサポーターを活用し、当事者の視点を持って精神科病院等や相談支援事業所等の地域移行に向けた取り組みに対する支援・助言を行った。

対象者：主診断名が統合失調症の概ね60歳以上の高齢入院者で、支援チームによる支援を重点的に行う必要があると主治医が判断した者

実施病院	支援チーム構成	平成24年度		平成25年度		平成26年度
		対象者数	退院者数	対象者数	退院者数	対象者数
A	6名	2	1	2	2	
B	7名	1	0	1	0	※事業終了
C	5名	1	1	1	0	1
D	5名	1	1	2	0	2
E	5名	1	0	1	0	1
F	5名	1	0	1	1	※事業終了
G	5名	2	0	2	1	1
H	7名	—	—	—	—	1
	計	9	3	10	4	

2 事業実施により見えてきた課題

(1) 精神障がい者本人に関すること

精神障がい者本人の高齢化により、精神疾患に認知症や身体疾患が合併するなど、居宅支援困難なケースや生活環境の変化への適応が難しいケース等が長期入院となっている現状がある。全般的に言えることとして、本人の退院への意欲が低く、地域生活に対するニーズを引き出すことが難しい。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- 退院に対する意欲が低下している。
- 認知症や身体症状の合併がある。
- 環境変化への適応が難しいケースが長期入院になっている。

(2) 家族に関すること

精神障がい者本人の高齢化と共に家族も高齢化しており、本人の退院や地域生活への支援に対する協力が得られにくい(退院後の生活費や支援等への不安により、家族としては本人を病院に預けていたほうが安心である等)。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- 家族も高齢化しており、兄弟も疎遠となっている。
- 家族が病院へ面会に来ないケースがある。
- 家族が退院後の生活費等の心配をする。
- 家族の死亡等でキーパーソンの不在や変更するケースがある。
- 家族の理解を得るための説明に時間がかかる。家族会等に参加がない家族への介入が困難。

(3) その他

① 医療機関に関すること

前述のように、より支援の必要な対象者が長期入院となっている現状がある。退院に向けた支援は主治医の判断のみでなく、看護師等のコ・メディカルスタッフも含めたチームで検討する必要がある。更に、地域包括支援センターや相談支援事業所も含めた総合的な支援体制や協力が必要と考えられる。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- 退院に向けての動きは主治医の判断に基づく。看護師を通じて主治医に必要な性を伝えてもらうことがある。
- 退院後の施設側との情報交換を行うことが必要(退院したら関わりが終わりではない、施設側に対して看護師等のコ・メディカルスタッフの持っている支援ノウハウの提供が必要)。

② 地域(退院先、施設等)に関すること

高齢患者に対しては施設支援が主になるが、施設の対応が困難となる要素も多い(環境変化、意欲低下、飲酒、対人関係のトラブルで症状悪化、生活費等の問題)。見学・体験により本人と接したり本人の情報をそのまま伝えることで、かえって施設側が受入に躊躇するケースもある。

退院をする際に、保証人の問題で入居が難しいケースがある。また、施設の入所基準に適合しない場合や有料老人ホームの費用面で入所が難しい等の現状がある。

更に、退院支援の際に、民生委員や地域包括支援センターから問題が起こったときの責任の所在について問われることがあり、退院を進めることに十分な理解が得られない場合がある。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- 施設側が精神障がい者への受入に躊躇するケースがある(送り出す側と受け入れる側の認識の差あり)。
- 施設内の対人関係で症状が悪化するケースがある。
- 施設の入所基準に合わない場合は入所ができない。
- 保証人がいないことでアパートへの入居が難しい。
- 民生委員や施設から「問題が起こったときはどうする」との不安の声がある。地域の中には、本人の状態が悪い時の印象が強い方がいる。

③ その他事業内容や制度に関すること

モデル事業として事業を実施したが、実施病院側は1人の患者に対してスポットが当たることでケースの客観的な見直しやスタッフの意識の向上というメリットがみられた。一方で、既に院内でサービス調整が完結してい

る場合、報告等の業務量が増えたというデメリットがあった。

また、個別給付化された地域相談支援については、申請のタイミングが難しい、利用要件が厳しい等の利用のしにくさがあり、実績が少ない現状である。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- モデル事業を活用しても通常の支援の流れと変化なく、報告だけが増えた印象。
- モデル事業の対象疾患が限定されて対象者にできなかったが、緩和されれば使いやすいのではないかと。
- モデル事業を使うことで1人の対象者にスポットが当たったことはメリットだった。
- 個別給付化された制度が利用しづらく、申請実績がのびない。

3 今後の対応

(1) 精神障がい者本人への意欲の喚起

本人が退院に対する意欲を高めるための具体的方法の検討や、現在まで実施してきたピアサポーターの活用など、引き続き実施していく必要がある。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- ピアサポーターの育成や活用を図る。
- 本人の退院に対する気持ちを確認し、意向に沿った支援を行う。
- 長期入院になったきっかけを挙げていき、対応策を検討する。

(2) 家族への支援

家族のニーズの整理や家族の理解や協力が得られるための具体的方法について、医療機関等の協力を得ながら、更に検討していく必要がある。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- 外出・外泊の働きかけにより、家族にも退院後の生活のイメージを持ってもらう。
- カンファレンスや退院支援委員会の際に家族に参加を促す。

(3) 医療機関への周知、施設についての情報提供や地域との連携等

地域移行支援部会での取り組み内容や事業の実施状況等について医療機関へ周知するほか、精神障がい者本人の視点に立った退院後の利用施設についての情報提供、更には事業所や民生委員などの地域との連携体制について、更に検討していく必要がある。

(精神障がい者地域移行支援部会での意見)

- 高齢者が利用できる施設や事業所、不動産関係等の情報を収集・整理し、関係者で共有する(自立支援協議会くらし部会の情報も収集)。
- 医療機関と施設・事業所関係の情報交換や相互協力やの交流の場をもつ(研修会の開催等)。
- 区毎のネットワーク連絡会を活用する。
- 高齢入院患者の退院支援に関する成功例を具体化・文章化する(マニュアルとしてまとめる)。

(4) 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を踏まえた事業の実施

長期入院精神障がい者本人に対する支援について、具体的方策の今後の方向性が取りまとめられた。上記(1)～(3)と重複している部分があるが、これらも踏まえ支援していく必要がある。主な内容は次のとおり。

[退院に向けた支援]

- 病院スタッフからの働きかけの促進、ピアサポート等の活用などによる外部の支援者との関わりを確保し、退院に向けた意欲の喚起を行うとしている。
- 病院による本人の意向に沿った支援計画などの地域移行後の生活準備に向けた支援など、本人の意向に沿った支援を行うとしている。

〔地域生活の支援〕

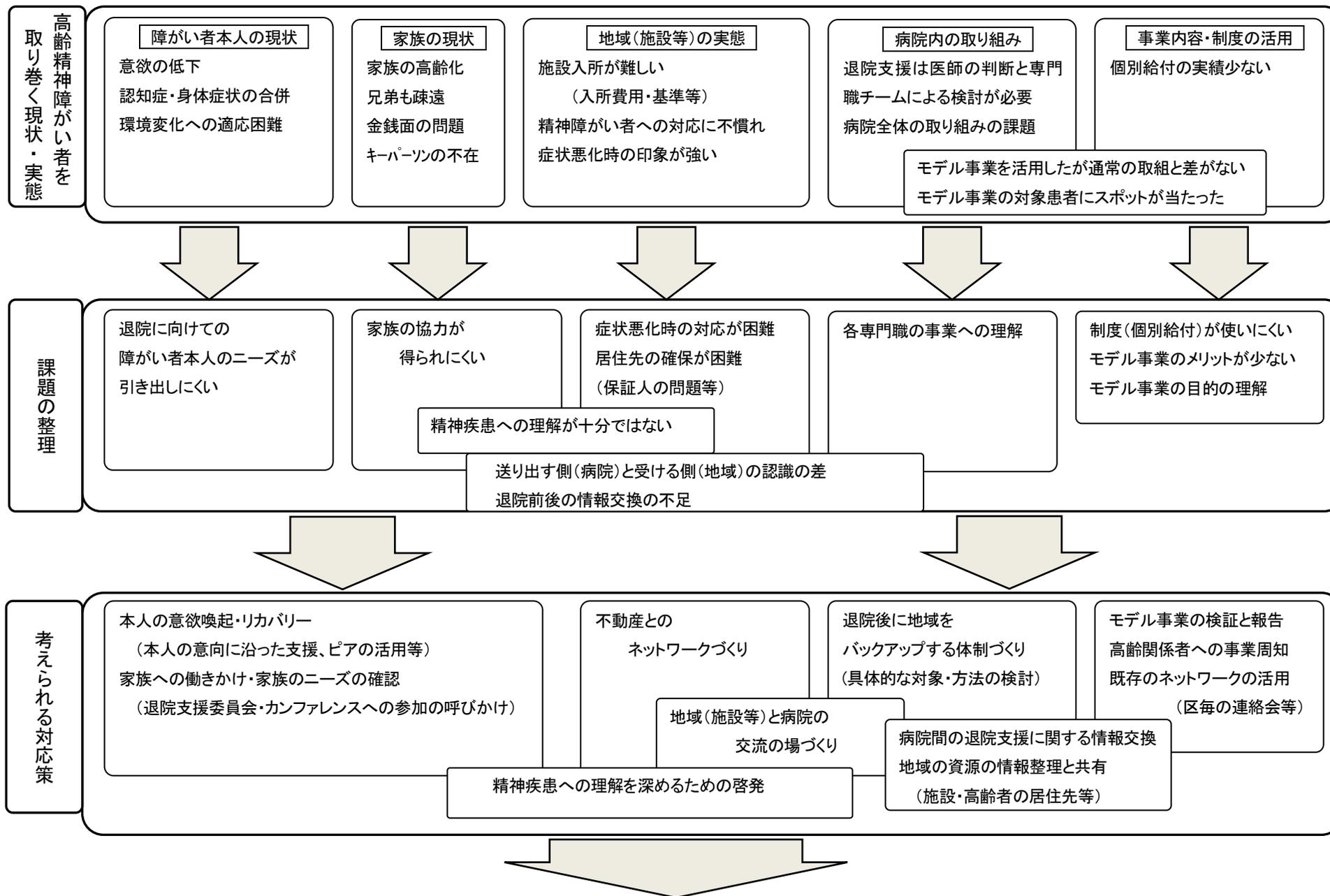
- 障害福祉サービスによる住まいや高齢者向け住まい、一般住宅の活用など居住の場の確保や、医療と福祉が協働して、地域生活を支えるサービスを継続的に提供するなど地域生活を支えるサービスの確保などを行うとしている。

〔関係行政機関の役割〕

- 障がい福祉計画等と整合性を図り、長期入院精神障がい者の地域移行を確実に実行していくための推進体制を構築することや、事業所との連携の在り方を含めその手法を検討、入院中の精神障がい者の実態調査を行うことを促進等、退院に向けた支援を行うとしている。

※当該取りまとめには、長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性に加え、病院の構造改革の方向性についても示している。これについては、動向を注視していく必要がある。

高齢精神障がい者の退院支援・地域生活支援について





	短期的な視点で対応可能なもの	中・長期的な視点で対応すべきもの
精神障がい者 本人への支援	<p>〔意欲の喚起〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人の退院に対する気持ちを確認し、意向に沿った支援を行う。 ○退院に向けた本人のアセスメントの段階から高齢者支援施設へも参加を呼びかける。 <p>〔ピアサポーターの活用〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ピアサポーターを活用しながら意欲の喚起につなげる。 	<p>〔意欲の喚起〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○長期入院になったきっかけを挙げ、対応策を検討する。 ○インフォーマルなサービスの利用も含めて意欲喚起のための支援方法を検討する。 <p>〔ピアサポーターの活用〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ピアサポーターの育成に努め、有効な活用方法についても引き続き検討する。 ○ピアサポーター制度について周知を図り、活用促進につなげる。
家族への支援	<p>〔家族への働きかけ〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人への外出・外泊の働きかけにより、家族にも退院後の生活のイメージをもってもらう。 ○カンファレンスや退院支援委員会の際に、家族に参加を促す。 ○ピアサポーターに家族会等で体験談を話してもらい、回復した姿をみてもらう。 	<p>〔家族への働きかけ〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退院支援の必要性について理解を得るための手法を検討する。 ○対象者の家族のニーズについて整理する(調査等)。
医療機関への 周知 施設についての 情報提供や地 域との連携等	<p>〔事業の周知〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退院支援に関する各病院の取り組み状況についての意見交換を行う。 ○モデル事業を継続し、定期的な事例検討と意見交換を行う。 <p>〔研修会・意見交換会の開催〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○研修会・意見交換会の企画を部会で行う。 	<p>〔事業の周知〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退院支援についての成功例や支援の流れ等を具体化・文章化し、マニュアルとしてまとめる。 ○精神疾患への理解を深めるための啓発の手法を検討する。 <p>〔研修会・意見交換会の開催〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域向け(民生委員・自治会長)の研修を区、校区毎に連携して実施する。 ○不動産・施設関係者との意見交換会を定期的実施する。 ○施設の情報がわかる手法を検討する(情報誌、HP等)。 ○退院後に地域をバックアップする具体的な体制作りについて検討する。

精神保健医療福祉の動向と精神障がい者の地域移行について

精神障がい者地域移行支援部会

監置・収容から
人権擁護・社会復帰へ

明治 33 年 「精神障害者監護法」制定: 私宅・病院等での監置義務者制度を規定した。
昭和 25 年 「精神衛生法」施行: 精神病院設置を都道府県へ義務付け、病院数が急増した(昭和 60 年には全国で約 34 万床)。
昭和 62 年 「精神保健法」への改正: 宇都宮病院事件(入院患者に対する傷害致死等)を契機に、精神障がい者の人権擁護と社会復帰の促進を図ることとされ、入院形態も任意性の高いものへの切り替えが進んだ。

自立・社会参加の促進

平成 5 年 「障害者基本法」制定: 施策の対象となる障がい者の範囲に「精神障がい者」が明確に位置付けられた。
平成 7 年 「精神保健福祉法」への改正: 法体系全体における福祉施策の位置付けを強化した(手帳制度の創設等)。
平成 16 年 「障害者基本法」の一部改正: 障害を理由とする差別等の禁止や、都道府県・市町村の障害者計画策定が義務化された。

このような数次にわたる法改正により、我が国の精神保健医療福祉は一定の改善がみられたものの、依然として社会的入院患者の存在や地域生活支援の不十分さ、病床数の多さ、国民の理解不足等の問題が指摘されてきた。これらの課題について、計画的かつ着実な推進を図るため、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がとりまとめられた。

平成 16 年 9 月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」策定

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくために、国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年で進めるとして達成目標を示した(精神疾患についての認知度を 90%以上とする、各都道府県の平均残存率を 24%以下・退院率を 29%以上とする)。併せて、受け入れ条件が整えば退院可能な者(約7万人)についても 10 年後の解消を図ることとされた。

入院医療中心から
地域生活中心へ

平成 22 年 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(閣議決定)

①社会的入院の解消に向けた検討、②保護者制度の見直し等も含めた強制入院等についての検討、③精神科医療現場における人員体制の充実のための具体的方策について検討

平成 26 年 「精神保健福祉法」の一部改正: 保護者規定の削除、医療保護入院者の退院支援が制度化された(退院後生活環境相談員の選任等)。

7 月 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめ報告

熊本市の地域移行支援の取り組み

平成 17 年度 障がい者自立生活体制検討会を開始

平成 20 年度 精神障害者地域移行支援特別対策事業実施
(熊本県より受託)

・地域移行支援会議の設置運営
・地域移行推進員による個別支援

平成 24 年度 精神障害者地域移行支援事業(補助金)開始
障がい者自立生活体制検討会も継続実施

平成 25 年度 障がい者自立生活体制検討会を
自立支援協議会部会として位置づける

●国の施策の動向と本市の現状把握を続けながら、長期入院者の退院支援に引き続き取り組む。