

精神障がい者の長期入院の課題 ～地域移行の活動から見えてきこと～

特定非営利活動法人ハートフル事務局長
障害者相談支援センター輪っふるセンター長
角野太一

1

精神医療・福祉の状況

3

本日はお話しすること

- 1 精神医療・福祉の状況
- 2 西宮市地域移行推進事業について
 - ①地域移行推進事業実施の背景
 - ②地域移行推進事業の実際
- 3 取組から感じる課題とこれから

2

わが国の精神保健福祉施策 精神病患者監護法 明治33年(1900年) 私宅監置(座敷牢)の合法化 合法化された地域での監禁



【「精神病患者私宅監置の実況」 呉秀三・櫻田五郎; 大正9年出版】

4

わが国の精神保健福祉施策

精神病院法 大正8年(1919年)

- ・都道府県が精神科病院を設置
- ・精神障害者対策を監護から医療へと進歩させる必要があり制定された。
- ・精神病院を治療の場というより保安施設としてとらえるものであった
- ・昭和15年には公私の精神病床は約2万5千床。戦時中は精神病の保護は全く顧みられず、戦火による消失や経営難による閉鎖で、終戦時には約4千床まで減少。

5

わが国の精神保健福祉施策

ライシャワー事件 昭和39年(1964年)



7

わが国の精神保健福祉施策

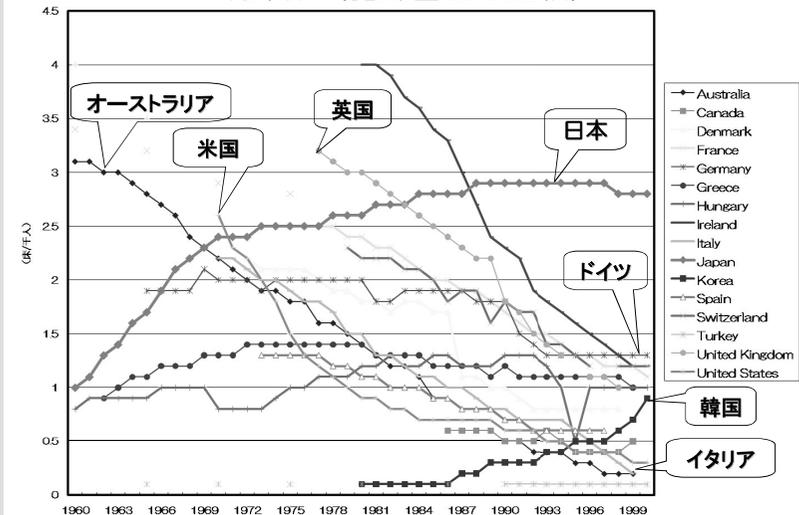
精神衛生法 昭和25年(1950年)

私宅監置の廃止→精神病院の設置

昭和29年に実施された全国精神障害者実態調査では、入院を必要とする患者が35万人に対して精神病床は3万床であることが判明しました。そのため、精神衛生法を一部改正し、開設する精神科病院に国庫補助規定が設けられました

6

病床数 (諸外国との比較)



資料：OECD Health Data 2002 (1999年以前のデータ)
OECD Health Data 2007 (2000年以降のデータ)

8

わが国の精神保健福祉施策

報徳会宇都宮病院事件 昭和59年(1984年)
→国内外から日本の精神科医療への批判



わが国の精神保健福祉施策

障害者基本法 平成5年(1993年)

- ・精神障害者が障害者として明確に位置づけ(ここで初めて2障害と同様となる)

精神保健福祉法 平成7年(1995年)

- ・保健福祉施策の充実、より良い精神医療の確保(精神障害者手帳創設、市町村の役割明記)

わが国の精神保健福祉施策

精神保健法 昭和62年(1987年)

- ・入院患者の**人権擁護**と精神障害者の社会復帰の促進(任意入院の創設、応急入院の創設など)⇒入院から社会復帰の流れへ

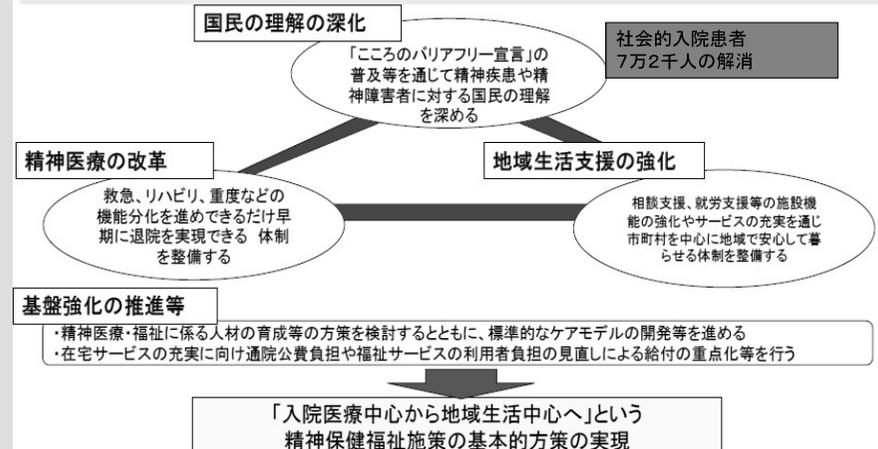
※監護法から約90年もの間、法的に定められた自発的入院の仕組みがなかった
※非自発的入院の仕組みしかなかった

1) わが国の精神保健福祉施策を振り返る

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部(本部長:厚生労働大臣)決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告

長期入院の増大を防ぐチャンスはあった。

WHOは、英国ケンブリッジの精神医療改革で実績を上げたクラーク氏を日本に派遣した。

1966年で精神病床は、なお増え続け、社会精神医学も「理解も応用もされていない」状態にあった。クラーク氏は3か月間にわたって調査し、洞察に富んだ勧告(1968年)をした。

13

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について②

2 精神病院の改善

日本では、精神病院に非常に多数の患者がたまり、長期収容により無欲状態になり、国家財政を圧迫している。社会療法、作業療法、治療的コミュニティーが有効なので、入院患者の増加を防ぐため、積極的な治療とリハビリテーションを推進すべきである。

15

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について①

1 政府に対する勧告

精神病院の長期在院患者が増大しており、地域精神衛生活動が十分に発展していないので、精神医学的中央管理を強化することを勧告する

1. 精神衛生を公衆衛生、児童福祉などに匹敵する部局にする
2. 厚生省の職員に、有能な若い精神科医を配置する。当面、定年退職教授などの著名な専門家に新設の精神衛生局を指導してもらう
3. 国立精神衛生研究所・国立国府台病院の拡充

14

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について③

3 精神病院の統制

精神病院の資格を取り消す権限をもつ国家的監査官制度をつくるべきである。監査官は、常勤で高給の精神科医および他の専門職からなり、患者数などの物的基準だけでなく、医療の質の向上にも関心を払う。

16

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について④

4 健康保険制度

入院治療より外来治療を刺激するものとし、精神療法は高度の技術を要するものであり、外科と同等がそれ以上の診療報酬にすることが望ましい

17

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について⑥

6 リハビリテーション

精神欠陥者のために、厚生省は労働省と協議し、以下の制度を整備する

1. 労働省職員をリハビリテーションの専門家として任命し、訓練をする
2. 地域社会内に保護工場を設立する
3. 給料を支給し、生産物を市場に出せる、政府がスポンサーとなる保護工場を設立する
4. 精神病に関する労働法の改正を検討する

19

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について⑤

5 アフターケア

1. 精神科医および地域ソーシャルワーカーによる外来クリニックを強化し、治療(投薬と精神療法)、長期のフォローアップ、地域社会にいる精神分裂病患者の生活支援に当たる
2. 地域の働き手であるソーシャルワーカーと保健婦に精神医学の訓練をする
3. 地域社会に、夜間病院、昼間病院、保護工場、治療的社交クラブの施設を整備する

18

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について⑦

7 専門家の訓練

1. 精神科医
厚生省と日本精神神経学会は、社会精神医学の国家資格の検討を行う。
2. 精神療法の奨励
3. 精神科看護の資格化
4. 作業療法の学校の増設
5. ソーシャルワークの発展の促進

20

わが国の精神保健福祉施策

クラーク勧告について⑧

クラーク勧告後の経過は、残念ながら勧告の反対の方向に進んだ。その理由は、当時の厚生省の課長がクラーク勧告に関する記者会見で「斜陽のイギリスから学ぶものは何もない」と話し、全く注目されなくなった事情があった。

※斜陽：第二次大戦後、世の中の急激な変化によって没落した上流階級の人々。没落階級。

精神医療・福祉の状況 ～医療データ編～

わが国の精神保健福祉施策 改革ビジョン以降の福祉施策

障害者自立支援法 平成17年(2005年)

- ・身体、知的、精神の3障害のサービスを一体化

退院促進支援事業 平成19年(2007年～)

障害者総合支援法 平成25年(2013年)

- ・障害者の定義に難病を追加

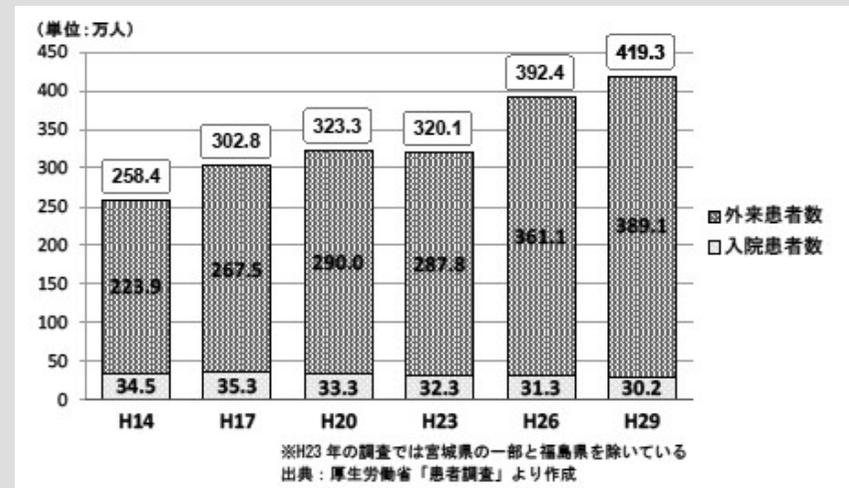
精神保健福祉法改正 平成26年(2014年)

- ・さらに地域移行を促進するための内容へ
- ・保護者の廃止、、、

障害者権利条約 平成26年(2014年)

※平成26年2月 障害者権利条約に批准WHO加盟国としては
140番目(遅い!!)

精神疾患を有する総患者数の推移

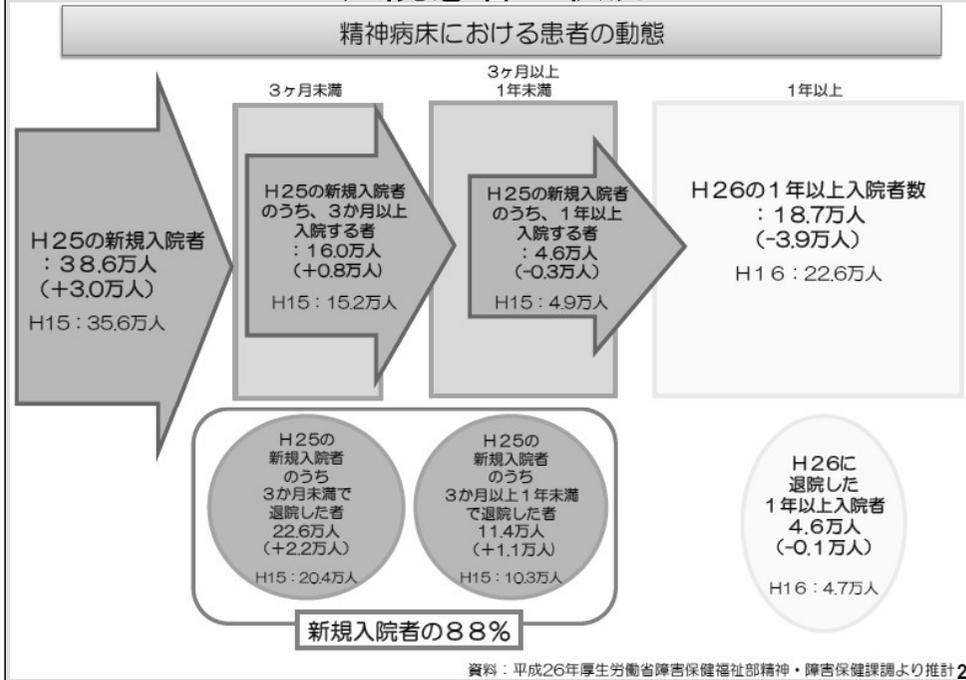


精神病床における在院期間別入院患者数

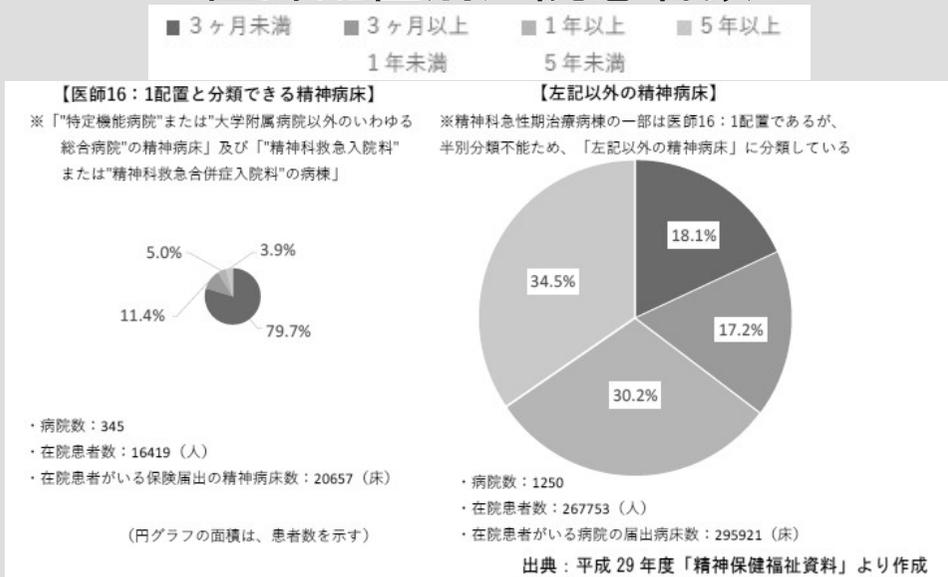


精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019（平成31）年3月
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業より

入院患者の状況

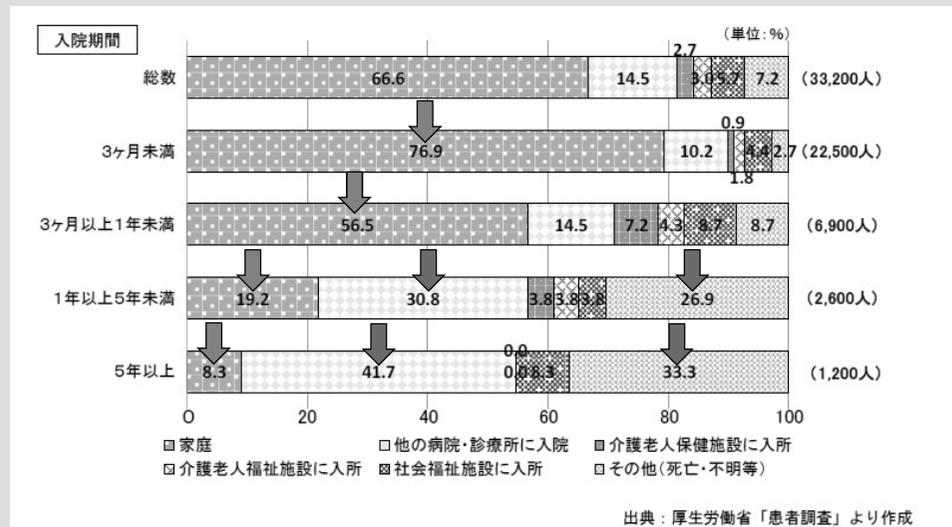


精神病床有する医療機関の医師配置別入院患者数



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019（平成31）年3月
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業より

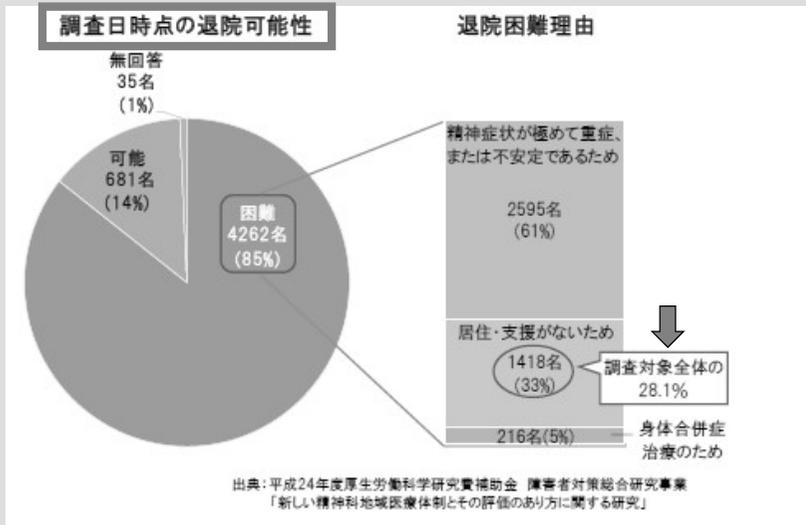
平成29年精神病床退院患者の退院後の行先



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019（平成31）年3月
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業より

1年半以上の長期入院患者の退院可能性、困難な理由

認知症を除く



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019(平成31)年3月
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 より

入院者の状況について

入院している多様な理由とその理解

64.8%

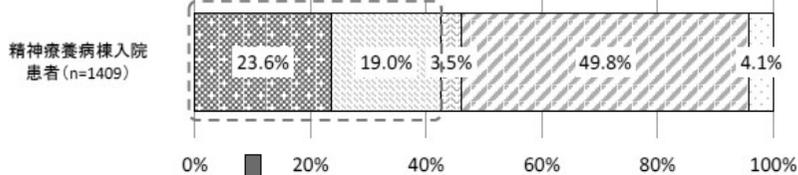
	病状が悪い	住居がない	家族が反対	お金がない	退院が不安	入院継続したい	その他
患者側の理解	35.2%	15.0%	10.4%	12.4%	13.1%	6.6%	7.3%
病院側の理解	23.8%	18.8%	13.7%	6.0%	17.3%	7.7%	12.7%

76.2%

第4期兵庫県障害福祉計画より

精神療養病棟に入院患者の退院の見通し

○ 精神療養病棟に入院する患者の約40%が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。



- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない
- 無回答

出典:平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き2019(平成31)年3月
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 より

精神医療・福祉の状況 ～福祉データ編～

必要な福祉サービスの推定量

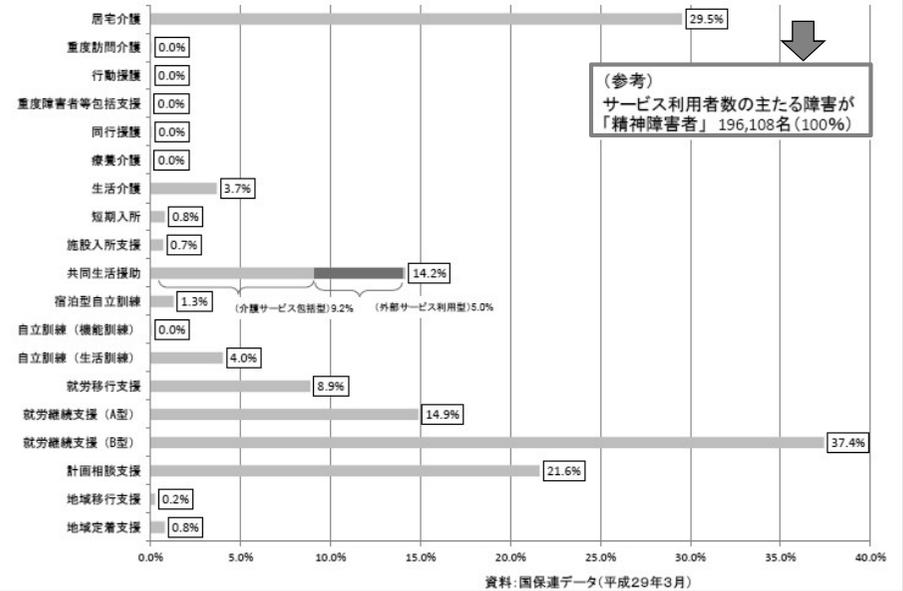
サービスが整えば退院可能という評価そのものがあやしいですが...

1年半以上の入院患者の必要なサービス量
退院困難な居住・支援がない...28.1%
単純計算⇒17万人×0.28=47600人

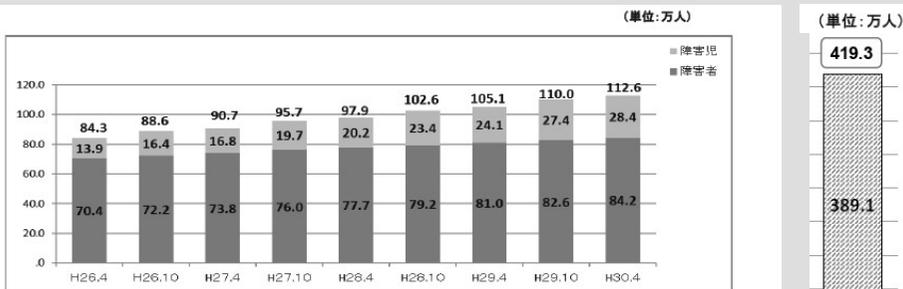
療養病棟に入院する患者(H29年)88517人
その40%は在宅サービスが整えば退院可能
単純計算⇒88517×0.4=35406人

(参考) 精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

(平成28年度サービス提供分 平成29年3月末の利用者)



障害福祉サービス等の利用者数の推移



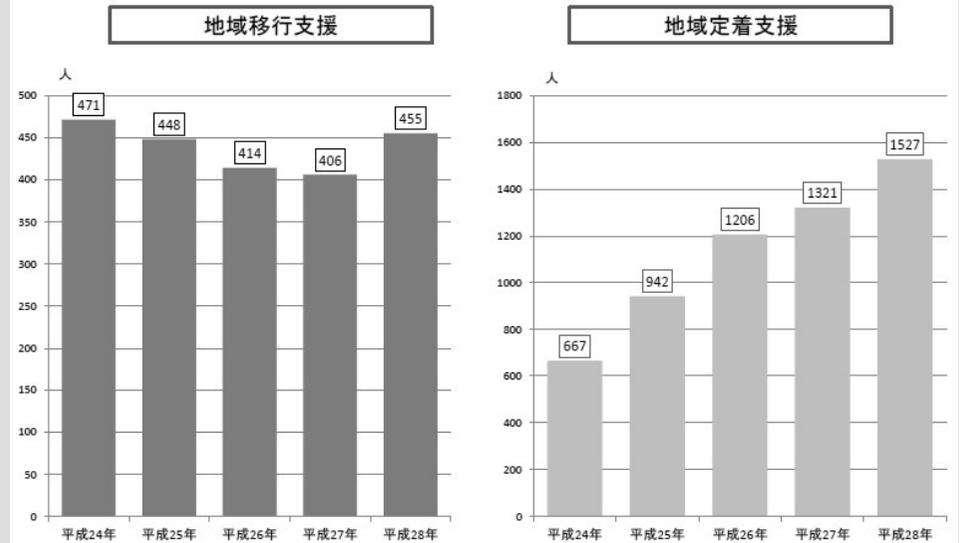
○平成29年4月→平成30年4月の伸び率(年率)..... 7.2%

このうち		(30年4月の利用者数)	
身体障害者の伸び率	1.5%	身体障害者	21.7万人
知的障害者の伸び率	3.1%	知的障害者	39.4万人
精神障害者の伸び率	8.6%	精神障害者	21.3万人
障害児の伸び率	16.8%	障害児	0.3万人 (2,727人)
		障害児	29.9万人 (※)

(※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)

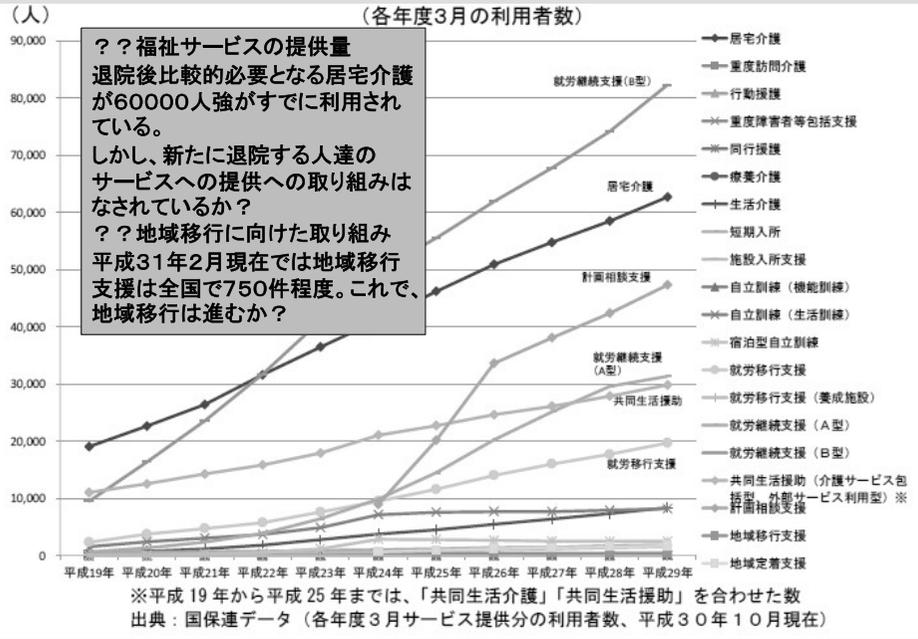
出典: 国保連データ (各年度4月・10月利用者数の推移、平成30年10月現在)

地域移行支援・地域定着支援の利用者数の推移(精神障害者)



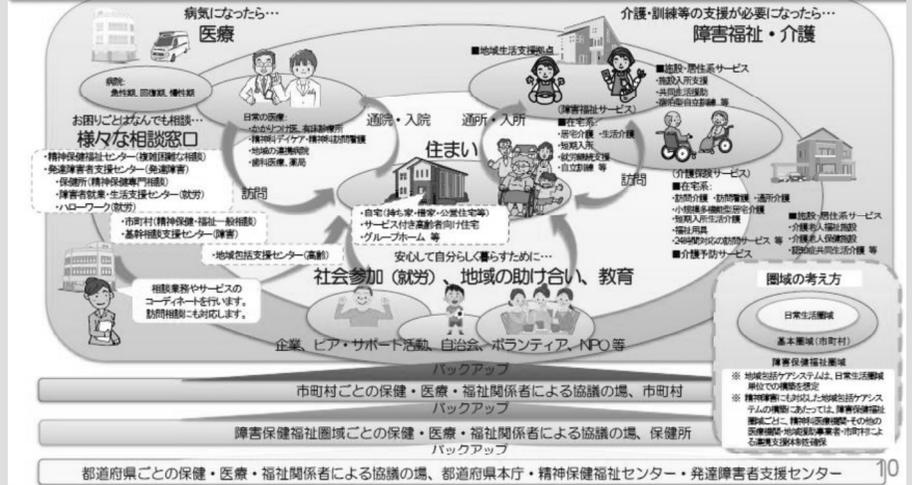
資料: 国保連データ(各年度3月末日の利用者数)

精神障害者における障害福祉サービス利用者数の推移



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

○精神障害者が、地域の員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
○このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらずに地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



第5期障害福祉計画に係る国の基本指針の見直しについて

- 基本指針について**
 - 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。今年度中に新たな指針を示す。
 - 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。次期計画期間はH30～32年度
- 基本指針見直しの主なポイント**
 - 地域における生活の維持及び継続の推進
 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
 - 就労定着に向けた支援
 - 障害児のサービス提供体制の計画的な構築
 - 地域共生社会の実現に向けた取組
 - 発達障害者支援の一層の充実
- 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)**
 - 施設入所者の地域生活への移行
 - 地域移行者数：H28年度末施設入所者の9%以上
 - 施設入所者数：H28年度末の2%以上削減
 - ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定
 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】
 - 保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
 - 精神病床の1年以上入院患者数：14.6万人～15.7万人に(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
 - 退院率：入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)
 - 地域生活支援拠点等の整備
 - 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備
- その他の見直し**
 - 障害者虐待の防止、養護者に対する支援
 - 障害を理由とする差別の解消の推進
 - 難病患者への一層の周知
 - 意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成36年度末の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定。

現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年度で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成36年度末(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに推計することのできる推計式を開発する必要がある。

対応方針(推計式の開発)

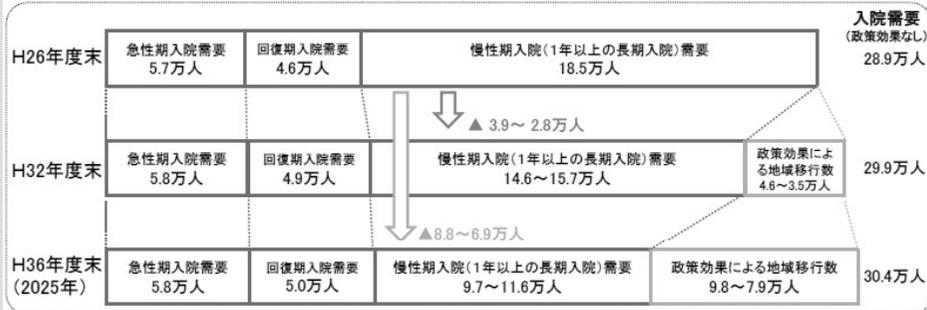
慢性入院需要=かつては重度かつ慢性 という表記

- 平成36年度末(2025年)までに、地域移行を促す基盤整備によって継続的な入院治療を要する長期入院精神障害者(認知症除く)以外の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化によって継続的な入院治療を要する長期入院精神障害者(認知症除く)及び認知症による長期入院患者の地域移行を目指すことを目標とした推計式を開発する。この際、高齢化による影響も勘案する。
- ※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、平成36年度末までの目標の半分の地域移行を目指す。

	急性期：3ヶ月未満の入院、回復期：3～12ヶ月未満の入院、慢性期：12ヶ月以上の入院
平成26年	急性期入院需要 回復期入院需要 慢性期入院(長期入院)需要
平成32年度末	急性期入院需要 回復期入院需要 慢性期入院(長期入院)需要 地域移行に伴う基盤整備量
平成36年度末(2025年)	急性期入院需要 回復期入院需要 慢性期入院(長期入院)需要 地域移行に伴う基盤整備量

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた目標設定

- 政策効果を見込まない将来の入院需要を推計し、①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定



平成36年度末(2025年)までの政策効果の見込みの内訳

政策	地域移行する長期入院患者数の見込み(政策効果)	見込み数
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)以外(長期入院患者(認知症除く)の30~40%)	6.2~4.7万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及	継続的な入院治療を要する長期入院患者(認知症除く)の25~30%	2.8~2.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	0.8~0.5万人
合計		9.8~7.9万人 ⁴¹

西宮市地域移行推進事業について

～地域移行推進事業実施の背景～
(西宮市資料の一部)

地域移行支援の取り組み

①地域移行支援の対象者数

(H19年9月～H30年8月30日現在)

(全体88人)	支援終了者	支援中(支援中断)
事業・制度を利用している人	70人	12人(6人)
内事業・制度を利用していない人	14人	—

多く見えるが、1年で8人しか、、、100年かかる！

②連携した病院

有馬病院、仁明会病院、伊丹天神川病院、宝塚三田病院、有馬高原病院、光風病院、垂水病院、関西青少年サナトリウム、湊川病院、神戸市民病院、新生会病院など

地域移行支援の取り組み

③退院支援終了後の居場所、現在の状況

居場所等	支援終了後	居場所等	現在の状況
単身	30人	単身	31人
同居	16人	同居	10人
GH等	20人	GH等	12人
入所施設	4人	入所施設	2人
支援中	12人	入院	9人
中断	6人	支援中	12人
		中断	6人
		死去	6人

中断者 死去は除く

現在の継続率 72.3%

④退院後の福祉サービスの利用率96%

地域移行が進まない主な要因

①地域移行支援の個別給付化

<従前…地域移行支援事業>

医療機関から候補者の状況説明を受け、協議会で事業利用を諮り、承認を得た上で支援開始

<現在(平成24年度～)…地域移行支援(個別給付)>

本人からの申請に基づき、地域相談支援事業所と契約した上で支援開始。本人の「退院したい」という意思が前提

需要低迷

個別給付化したことで、精神科病院側も対象者の選定をどうしたらいいのかわからない状況

②地域相談支援事業所の不足

地域移行(地域定着)支援従事者の不足

供給不足

③地域の受け皿の不足

グループホーム、公的及び民間賃貸住宅の不足

入院者の状況について

入院状況調査 在院期間/年齢区分別入院患者数

保健所が精神科病床を有する兵庫県・大阪府下の病院(99機関)に対して、当該病院に入院する患者の実態調査(平成26年6月30日時点)を行った。<平成26年8～9月に実施>

区分	在院期間						合計	入院患者数	
	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	1年以上 計		任意	医療保護
20歳未満	2	0	0	0		0	2		
20歳以上	1	1	0	0	0	0	1	1	
40歳未満	33	11	5	3	0	19	52		
40歳以上	17	16	3	8	0	4	15	21	31
65歳未満	74	54	27	27	16	124	198		
65歳以上	49	25	25	29	14	13	12	15	8
75歳未満	42	41	13	15	16	85	127		
75歳以上	23	19	16	25	7	6	11	4	5
計	55	54	18	12	7	91	146		
	23	32	22	32	10	8	8	4	4
	23	32	22	32	10	8	8	4	4
計	206	160	63	57	39	319	525		
	113	93	66	94	31	32	32	25	23
	113	93	66	94	31	32	32	25	23
	152	167	265	260					

長期入院精神障害者を取り巻く環境

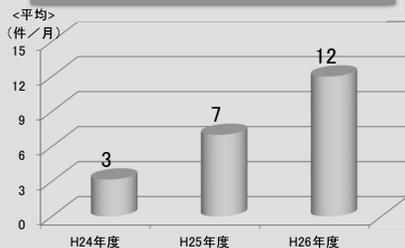
地域移行支援の個別給付化

平成24年度からは個別給付化されたことにより、地域生活を望む全ての人へ対象が拡大され、必要に応じて地域移行支援のサービスが利用できるようになったものの、本人による申請方式となっているため、従来、対象としてきた退院意欲の低い対象者から積極的に申請がだされることは想定しにくい。

地域移行支援対象者の埋没

需要低迷

「地域移行支援」の支給決定状況



【保健所の調査結果より】

兵庫県・大阪府下の精神科病床を有する病院に1年以上入院している方が約300人以上いることが分かっている。

平成24年度以降の3カ年における地域移行支援の実利用者数：26人は全支援対象者の1割にも満たない。

需要低迷の要因と方策

要因(背景)

- ① 入院患者の多くが地域移行支援等の障害福祉サービスを知らない。
- ② サービスがあることは知っているが、退院の必要性を感じていない。
- ③ 退院したいと思っているが、地域生活に対する不安が大きい。
- ④ 相談支援事業所を選ぶための情報やノウハウが少ない。

方策

- ① 本人、家族、病院への地域移行支援に関する制度の趣旨や活用法について周知
- ② 本人(病院側)への働きかけ(動機付け支援)
- ③ 地域資源を体験利用しながら地域生活をイメージしてもらう
- ④ 相談支援事業所へ繋ぐコーディネーター又はコーディネーターの調整(病院と相談支援事業所を繋ぐ場(懇談の場)の設置)

地域移行を推進するための方策

国 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた
具体的方策に係る検討会」取りまとめ

ア 退院に向けた支援

- ☑ 病院スタッフからの働きかけの促進
- ☑ 外部の支援者等との関わり確保

イ 地域生活の支援

- ☑ 居住の場の確保
- ☑ 地域生活を支えるサービスの確保

ウ 関係行政機関の役割

- ☑ 市町村等（都道府県、保健所及び精神保健福祉センター含む）の役割

第4期西宮市障害福祉計画

～入院中の精神障害者の地域生活への移行～

- (1) 本市独自の実態調査の実施
- (2) 地域移行をコーディネートする仕組みづくり
- (3) 精神科病院等関係機関との連携構築
- (4) 地域の理解促進
- (5) ピアサポーターの養成と活用

西宮市精神障害者地域移行推進システム

本市障害福祉計画に基づき、長期入院精神障害者の地域移行を確実に実行していくためのPDCAサイクルによる推進体制（システム）を構築する。

西宮市精神障害者地域移行推進事業

- ▶ 需要（地域移行支援対象者）の拡大
- ▶ 供給（支援者、地域資源）の拡大
- ▶ “病福”連携の強化

55

第4期障害福祉計画

～入院中の精神障害者の地域生活への移行②～

③ 精神科病院等関係機関との連携構築

地域移行を推進するにあたっては、精神科病院の「対象者を地域へ送り出す力」と指定一般相談支援事業者などの地域の「受け入れる力、生活を支える力」との連動が不可欠である。具体的な取り組みとしては、地域自立支援協議会を活用して、病院職員と地域の関係機関職員向けに制度内容の理解を促すための説明会や研修会を開催し、両者の関係づくりの場の提供に努める。

さらに、病院職員と地域の関係機関職員が連携し、対象者の選定や対象者へのアプローチ方法、関係機関の介入時期などを協議するとともに、市内における地域移行推進システムを構築するために「地域移行推進会議」を設置する。

④ 地域の理解促進

障害のある人の地域移行支援を推進する一方で、精神科病院から退院した人と同じコミュニティで暮らす住民が不安を抱いたときには、その声にしっかりと耳を傾け、障害のある人が地域で生活することへの理解促進に努める。

⑤ ピアサポーターの養成と活用

入院中の精神障害者へのアプローチや地域住民の理解促進など、地域移行のプロセスにおいてピアサポーターは重要な役割を果たすことが実証されている。

本市では、ピアサポーターの養成に取り組むとともに、その力を発揮できるようバックアップ体制の構築に努める。

57

第4期障害福祉計画

～入院中の精神障害者の地域生活への移行①～

長期入院精神障害者の地域移行に向けた5つ(①～⑤)の取組み

① 本市独自の実態調査の実施

地域移行支援を進めるにあたっては、対象者の意思を尊重することが大前提となるため、当該支援を進めるにあたり、実態を把握する必要がある。

このため、兵庫県下、大阪府下の精神科病床を有する病院に対して、在院患者に関する実態調査を行った。

今後は、上記調査を継続的に行うことにより、地域移行に係る経年変化をとらえ、地域移行支援の対象者の把握に結びつける。

② 地域移行をコーディネートする仕組みづくり

地域移行支援は、原則として本人による申請方式（個別給付）であるため、退院意欲が低い、あるいは自分の意思を明確に伝えられなかった場合には、支援の対象から外れてしまう可能性がある。

本市では、入院患者の意思決定を支援するサポート体制の充実に努め、情報提供やアプローチを丁寧に実施していく。

56

西宮市地域移行推進事業 について

～地域移行推進事業の実際～

52

西宮市精神障害者地域移行推進事業

1. 聞き取り調査

- ① 1年以上入院患者の面会対象者リストを協力病院が作成
- ② 行政と相談支援事業所がすべての対象者への面会を行う
- ③ 面会后、ご本人の情報を病院職員から説明を受け、今後の支援等の方針を病院職員と話し合う

2. 聞き取り報告会

- ④ ③を踏まえ、行政と相談支援事業所で支援方針の検討を行う

3. 地域移行推進会議

- ⑤ ④の検討結果を病院職員、行政、相談支援事業所が集まる地域移行推進会議にて協議し、地域移行支援の個別給付利用者の提供または、提供に向けての環境調整等の支援を行なうなどの具体的な支援方針を最終確認を行う

4. プログラムの提供

- ⑥ 病院内プログラムでの長期入院患者の退院喚起を行う

5. 研修・啓発(地域移行推進事務局会議)

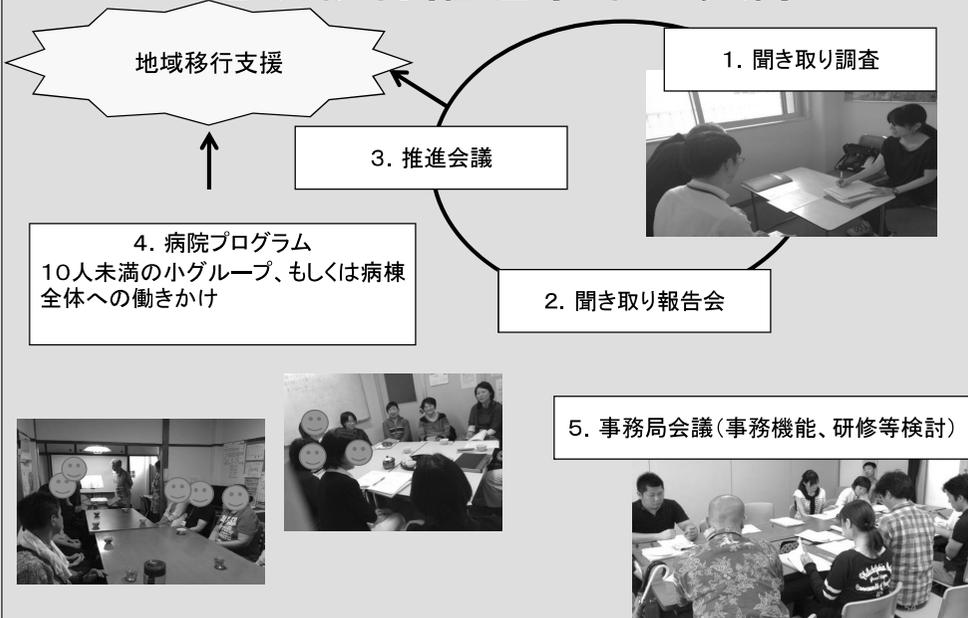
53

地域移行推進事業の実際(統計)

		A病院	B病院	C病院	計
a	H28.4月の事業開始時の対象者数(人)	66	18	58	142
b	H31.3月末時点の対象者数(人)	66	18	45	129
	*ただし、「h 地域移行支援継続中」を除く				
c	聞き取り調査実人数(人)	59	25	40	124
d	面会回数(回)	250	111	187	548
e	平均面会回数(回)	4.24	4.44	4.68	4.42
f	地域移行支援支給決定件数(件)	7	7	12	26
g	fのうち、退院者数(人)	2	4	7	13
	fのうち、地域移行支援継続中(人)				
h	退院者数(人)	24	16	79	119
	*gと、病院の退院支援で退院した患者				
i	退院者数の内訳	自宅退院	9	19	39
	自宅以外退院	1	4	22	27
	死亡退院	5	2	12	19
	転院	4	1	19	24
	不明	3	0	7	10

55

地域移行推進事業の実際

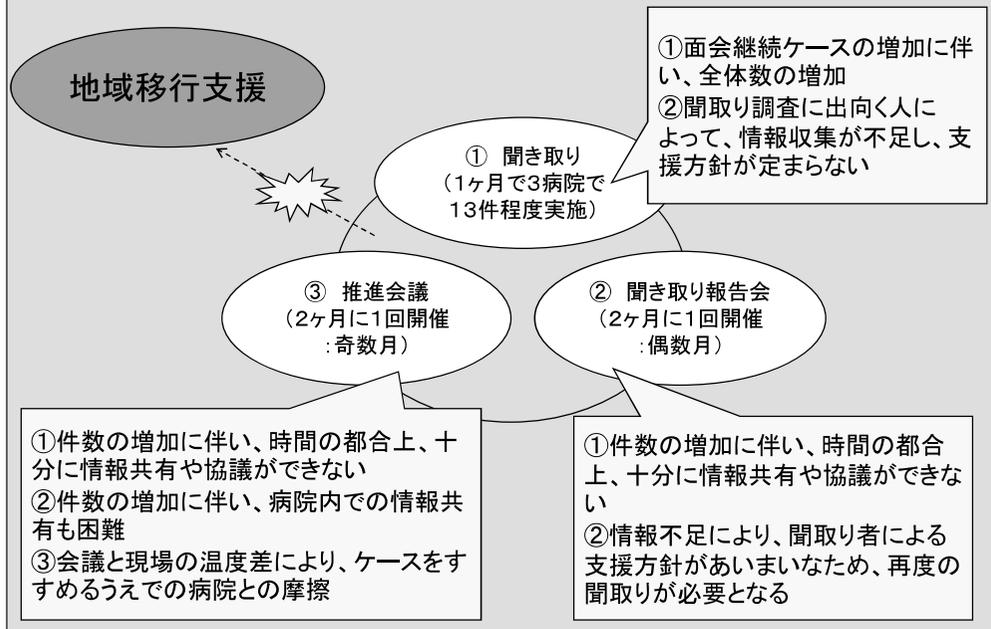


西宮市の地域移行推進事業の課題

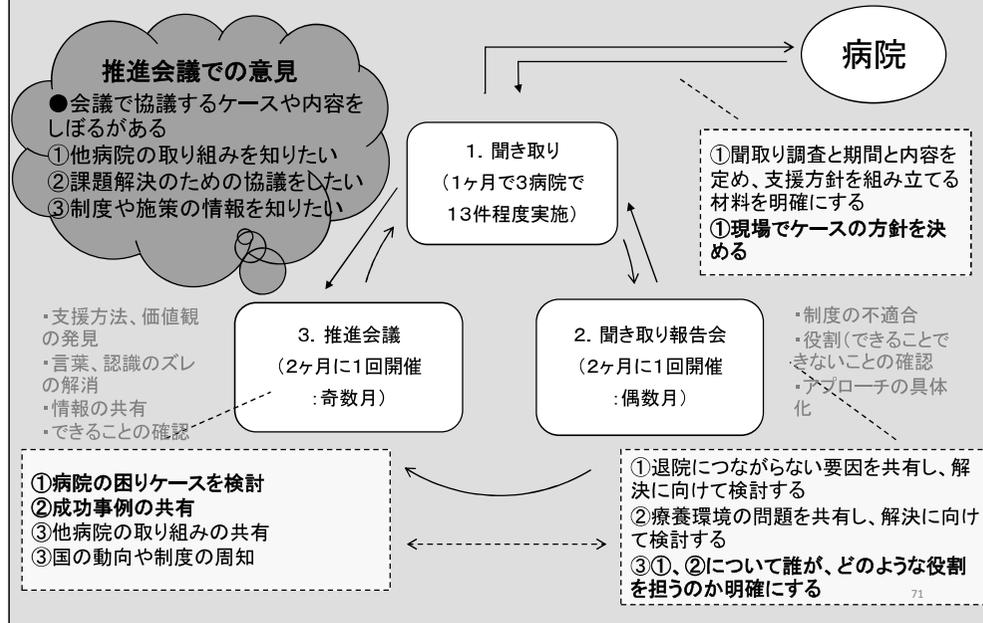
- ① 聞き取り調査での情報不足
- ② 支援方針のあいまいさ
- ③ ケース増加に伴う推進会議実施の難しさ
- ④ 推進会議での合意形成の現場への反映の難しさ

56

従来の推進事業システムとその課題



課題を受けての新たなシステム構築



事業課題を受けて これからの仕組み

3つの変更点

- ① 推進会議の実施方法
- ② 聞き取り報告会の実施方法
- ③ 聞き取り調査と支援の整理

西宮市精神障害者地域移行 推進事業のいいところ

- ・ 患者1人1人と面会し、話ができる
(退院したいと思っていない患者とも出会える！)
- ・ 患者1人1人について、病院の担当PSWや看護師、主治医等と話ができる
(本当に『入院治療』が必要なの？)
- ・ 行政が積極的に関わるチャンスができた！！

長期入院患者さんのことば

- ・「長い間、入院してるから、いまさら家族と一緒に暮らすのは無理だと思う。お母さんが何て言うかな…」
- ・「入院して20年間、ずっと退院したいって思ってたけど、誰に言えばいいのか、わからなかった」
- ・「病院におりたいと思う人なんて、おらんで」
- ・「病院で死ぬのはイヤ」
- ・「何で私にだけ会いに来てくれるの？他の人は？」
- ・「任意入院の同意書に『あなたが希望すれば、いつでも退院できます』と書いてあって、うれしかった」

61

地域移行推進事業の意義

家族が反対してるから、音信がとれない「受け入れ先が整っていない」で退院を考えないのは、目の前の人の権利をすでに奪っています。

「退院して、～したい」という気持ちを、無理そうだからと周囲が蓋をし続けると、ご本人は「希望」を心の奥底に沈めてしまいます。すでに「希望」を沈めてしまった人もいます。「希望がでないから退院は難しい」と言うのではなく、地域で暮らすことが当たり前だと思ひ、退院できないのは『誰の理由か？』を常に問いかけ、できることを押し進めていく必要があります。

関与するすべての人が、ご本人が奥底に沈めてしまった「希望」に、ご本人も含め「共」に手を伸ぶ必要があるのです。

この事業はそのきっかけ作りです。



63

西宮市地域移行推進事業について (病院より)

- ・退院できるなら退院してほしい気持ちは、病院も同じ。総論、目標とするところは一緒。行政が地域移行を推進するのは頼もしい。
- ・病院では「この患者さん、難しいやろうな」と思っているところに面会に来てくれて、患者さんの雰囲気や様子が変わるのを見て、退院は難しいと思ってたのは患者本人ではなく病院職員だったことに気付いた。
- ・地域スタッフが病院に出入りするようになって、看護師等のスタッフの意識が変わってきた。看護師から「地域スタッフに支援お願いできないかな？」というようになった。

62

ご清聴ありがとうございました
ここからは、みなさんと意見交換を
させていただきたいと思います



64

取組から感じる

課題とこれから

(かなりの私見ですので、ご容赦ください)

65

整理すると

- ①代弁者不在の問題(意思決定支援は基本的人権の尊重の根幹)
- ②入院中心の施策(医師への心理的負担が大きい精神医療保健福祉施策)
- ③家族に依存する施策
- ④入院中の方を想定しない社会保障、福祉制度設計(利用がしにくい、支援不足etc)
- ⑤精神疾患に関する教育不足(国策としての教育が行われていない実態)

67

長期入院の課題

- ①長期入院者の多さと高齢化
- ②長期入院となる要因の不明瞭さ。支援が整えば退院可能？それだけ？
- ③長期入院解消に向けた各機関の役割不足(各市町村、審査会、委託相談支援、病院etc)
- ④制度の狭間の問題(例:介護保険の要介護判定の低さによる、サービス利用の困難さetc)
- ⑤権利行使という意識の低さ(処遇改善、サービス提供のための取組不足、虐待防止という視点etc)
- ⑥入院患者への社会保障の問題(生保、年金)
- ⑦変わらない家族依存の意識。後見人の問題etc

地域精神医療保健福祉体制の再構築

このままでは、地域精神医療保健福祉の体制は何も変わらず経過することになります

・なぜなら、地域移行支援が進まず、病床の自然減を精神科病院に押し付けたままの体制と制度設計、そして私たちの考えが続くからです。寝屋川や三田の事件のように、地域で暮らすご本人や家族も静かに時が過ぎるのを待たせてしまっています。

・地域で始まった合法化された監禁を、地域で誰もが支えあい、尊厳が保障され暮らし続けることができる社会に変える必要があるとわたしは考えます。

68

まとめ

高齢の精神疾患を持つ方が、長期入院となり退院するという希望すら忘れ、そこにいます。

彼らが、今いることがいつか忘れられてしまわないように、あきらめず、どんなに年老いていても、どんなに疾患が重くても、地域で暮らすことを実現する必要があります。

地域包括ケアシステムの構築を目指すのであれば、それぞれの役割を見直し、できることを届けるために有機的に繋がる必要があります。

システムの構築は、新しい体制をつくるのではなく、今ある資源を繋ぐためにできることを考え実行することが、第一に必要だと考えます。

これは、私たちに与えられた最後のチャンスなのです