

東京の精神保健福祉

第34巻2号

1 精神障害者の地域移行・地域定着支援に関する施策の動向

東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健・医療課 精神保健担当係長
春日 里江

2 病院における精神障害者の退院支援の現状と課題

薫風会山田病院医療連携相談室
山口 さおり

4 地域移行支援の現状と課題

はらからの家福祉会
地域移行促進コーディネーター
伊澤 雄一

精神障害者の地域移行・地域定着支援に関する施策の動向

東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健・医療課 精神保健担当係長
春日 里江

【入院患者の状況】

平成23年の患者調査によると、精神病床に入院している患者は全国で約29万人、そのうち、受け入れ条件が整えば退院可能な状況にある人は、全国で約5万人と約17%をしめ、その多くは1年以上の長期入院患者です。

近年は、向精神薬等の発展などにより、新規患者の入院期間は短縮傾向にあり、約9割の新規入院患者が1年以内に退院していますが、1年以上の長期入院患者数の大きな減少はなく、約20万人もの状況です。

【精神障害者の退院促進施策の国の動向】

平成16年9月には、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が厚生労働省精神保健福祉対策本部から提示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を定め、①国民意識の変革、②精神医療体系の再編、③地域生活支援体系の再編を概ね10年間で進めるとともに、精神保健医療福祉施策の基盤強化が掲げられました。また、

受け入れ条件が整えば退院可能な者（当時約7万人）について、上記の取組を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図ることが示されました。

厚生労働省は、受入条件が整えば退院可能な精神障害者の地域移行に向けた施策については、平成15～17年度に精神障害者退院促進支援事業をモデル実施し、平成18年度以後は障害者自立支援法（現行の障害者総合支援法）に位置づけて、取組を進めてきました。

平成24年度から、地域移行支援・地域定着支援が障害者自立支援法の障害福祉サービスに位置づけられ、個別給付化が図られました。

平成26年度から施行された改正精神保健福祉法では、精神障害者の地域移行を促進するため良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するために指針が策定され、精神障害者に関わる全ての者が目指すべき方向が示されました。また、保護者制度が廃止され、病院管理者に退院後生活環境相談員の設置や地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備等が義務付けられました。これらを踏まえて、平成27年度から施行される第4期障害福祉計画における国の基本指針においても、精神障害者の地域移行の目標が改訂されました。

【都における精神障害者の退院促進施策】

都は、平成15年6月に東京都地方精神保健福祉審議会からの提言（約5千人に及ぶ精神障害者の退院可能な社会的入院患者の解消に向けた対策を講じること）を受け、平成16～17年度に東京

都退院促進支援モデル事業を実施しました。本事業では、地域移行コーディネーターを配置し、精神科病院の対象者のところへ、地域から出向くという手法をとった取組を行い、長期入院患者の退院という成果を得ることができました。

平成18～23年度には、東京都退院促進支援事業として都内全域で、退院促進コーディネート事業、グループホーム活用型ショートステイ事業、精神科訪問看護推進事業（平成20年度まで）を実施しました。本事業に協力していただく精神科病院も、事業開始当初は11病院だったのが、平成23年度には64病院となり、1年以上の入院患者がいるほとんどの病院の協力を得ることができました。地域移行支援の実施にあたっては、地域移行コーディネーターが中心となって、外出同行やアパート探し、社会資源の見学など退院に向けた個別支援を行い、6年間で341人の方が本事業を利用して退院されました。

平成24年度からは、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化を踏まえ、これまで実施してきた東京都退院促進支援事業を改め、精神障害者地域移行体制整備支援事業として、①地域移行促進事業、②グループホーム活用型ショートステイ事業、③地域生活移行支援会議、④人材育成事業を実施しています。

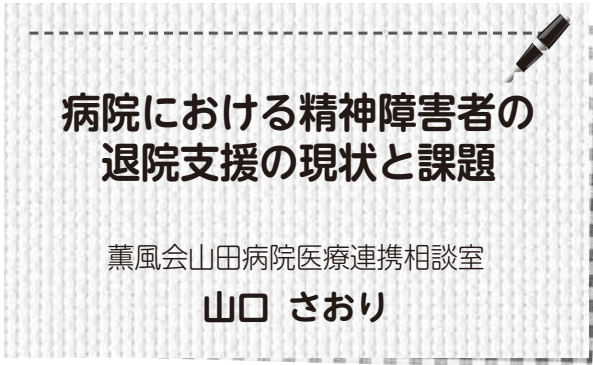
地域移行促進事業は、地域移行コーディネーターが精神科病院10～12か所を担当し、ピアサポーターと共に、長期入院のため地域生活に不安があったり自信がなく、退院に前向きになれない状況等にある入院患者等に対する退院に向けた動機付け支援や、病院と退院先の地域をつなぐ橋渡しを行い、広域にわたるネットワークの構築に努めています。

グループホーム活用型ショートステイ事業は、グループホームに併設した専用居室を利用し、入院中から地域生活を体験することで、退院後の生活が具体的にイメージでき、不安の軽減や自信の回復につながっており、退院に前向きになることができます。また、日常生活を送る上での課題や必要な支援が明確になり、病院内での退院に向けた準備や、単身生活が可能かグループホームへの退院を目指すべきか等の評価を行っています。

これらの取組を踏まえ、東京都障害者計画・第4期東京都障害福祉計画（平成27年度～29年度）における入院中の精神障害者の地域移行に関して

は、国の基本指針、これまでの実績及び東京都の実情を踏まえて、入院後3か月時点の退院率64%以上、入院後1年時点の退院率91%以上、長期在院者数（入院期間1年以上）を平成24年6月末から18%以上削減するという成果目標を定めて、その達成を目指すこととしました。

いまだに精神科病院には多くの長期入院者がいます。病院からの押し出す力と、地域から迎える力を合わせ、一人でも多くの社会的入院の状況にある患者さんの地域移行が進むよう、体制づくりに努めていきます。



病院における精神障害者の退院支援の現状と課題

薫風会山田病院医療連携相談室

山口 さおり

はじめに

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が取りまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策が示されました。この改革ビジョンに基づき、これまでに様々な精神保健医療福祉施策の改革が行われています。医療分野においては、平成20年度診療報酬改定により、地域移行を支援する取組に係わる評価として、①精神科退院前訪問指導の算定要件の緩和、②精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算の創設、③精神科訪問看護・指導料の算定要件の緩和、④精神科地域移行実施加算の創設、⑤入院基本料の入院期間181日～1年の加算の減算、⑥精神科継続外来支援・指導料の創設、⑦通院精神療法の訪問診療時の算定要件の緩和等、入院中から退院後の対応までの項目が改定されました。これにより医療機関においての早期の退院に向けた取組や退院後の地域生活を支える支援の取組が格段

に進んだと感じています。当院においても例外ではなく、平成20年度の診療報酬改定を受け、院内に「地域移行推進室」を設置、専任の「地域移行推進員」を配置し、それまで入院患者を担当している精神保健福祉士が個々に行っていた退院支援を部門で統括し、チームで退院支援に取り組むことになりました。

1. 当院の概要

当院は、人口約20万人の西東京市に位置し、定床326床の精神科単科病院です。精神科高齢者対応（認知症含む）、社会復帰、慢性期急性期混合（男子・女子）、精神科救急、ストレスケアの6つの病棟で構成されています。年間の入退院者数はそれぞれ約750人前後、外来者数においては、駅近の立地から年々増加傾向にあり、年間約3万人超となっています。

病院内には精神科デイケア（大規模）、「北多摩北部保健医療圏認知症疾患医療センター」を併設、同法人内において「田無メンタルクリニック」、「リワークデイケア」、「地域活動支援センターハーモニー」、「訪問看護ステーションメロディー」（田無、ひばりヶ丘、小平）を運営しており、また、西東京市役所生活福祉課へ精神障害者等退院促進及び健康管理事業の支援員として、障害福祉課（相談支援センター）へ障害者の相談員として、それぞれ2名ずつ精神保健福祉士を派遣しています。

2. 当院における長期入院者への退院支援の現状

冒頭に述べたように、国が「入院医療中心から地域生活中心へ」大きく舵を切った頃と時を同じくして、当法人でも「地域活動支援センター」や「訪問看護ステーション」を設立し、地域で生活する精神障害者への支援を行ってきました。

当時を振り返ると、院内においては担当精神保健福祉士による個別の退院支援が行われており、通常業務の一つでした。しかしながら、その個別支援は担当する精神保健福祉士の裁量に委ねられており、その取組に偏りが生じていたのも事実です。

平成20年度から診療報酬改定で地域移行を支援する取組が評価されたことを受け、院内に「地域移行推進室」を設置、選任の地域移行推進員（精神保健福祉士）の呼び掛けにより多職種による地域

移行推進会議が定期的開催されることになりました。

地域移行推進会議では、1年以上入院している長期入院者をリストアップし、退院に至らない要因を整理するところから始めました。明確となった主な要因としては、①医療者側の問題として、長期入院者の退院は難しいと感じているスタッフの多さ、あきらめ、②本人の問題として、退院したいという意思、意欲がない、退院することへ不安がある、また家族の意向に相違がある等が考えられました。

これらの解消のために、病院スタッフへの勉強会の開催、本人側へ「退院したい」という気持ちになるまでの動機付けのための情報提供や個別面接を重ね、個々の課題を共有し、課題解決を図ることに取り組みました。

3. 過去5年の取組結果と今後の課題

過去5年のデータから、当院1年間の新規入院者のうち、入院してから1年後の残存率は5.6%～8.3%であり、新規入院者の90%強が1年以内に退院となっています。又、毎年1月1日時点での1年以上入院している入院者は、平成22年から平成26年まで150名前後で推移しているのに対し、そのうち5年以上入院者は平成22年では80名、平成26年では51名に減少していることが分かりました（表1）。年齢別の割合は、59歳以下が29%、60歳以上64歳未満が30%、65歳以上は41%でした。

又、1年以上入院していた者のうち、その後1年以内に退院したのは、在院者の13%～19%。退院先としては、自宅又は施設等への退院が5%～8%であり、7%～11%は身体合併症等による転院又は死亡でした（表2）。過去5年間の退院者の平均年齢は62歳～69歳であり、そのうち5年以上入院していた者の平均年齢は65歳～78歳でした。

以上のことから、長期入院者の退院は、本人、家族、多職種の支援するスタッフが個々の課題（住まいのこと、お金のこと、食生活のこと、日中の過ごし方や医療の必要性等）を共有し、一つ一つ課題解決を確実に行うことにより、一定の成果が得られています。しかしながら、長期入院者は年々高齢化しており、退院支援を行う前や行って

いる途中で身体合併症を併発し、転院又は死亡する例も多いことが分かりました。

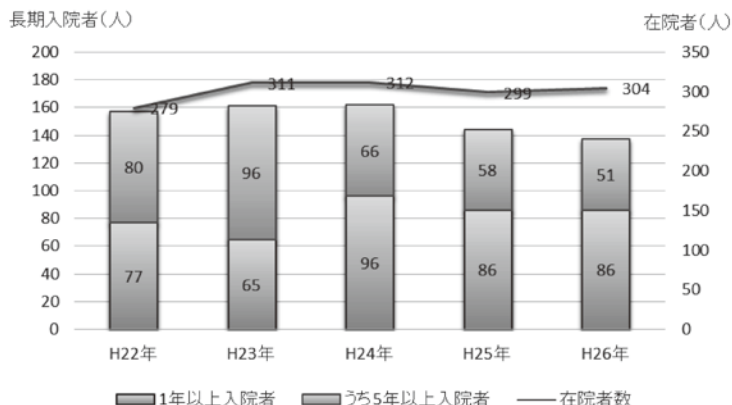
高齢長期入院者は、高齢化による生活機能の低下等から退院先の選択肢が制限され、退院に向けた支援に困難さを感じることも多くあります。特に60歳～65歳の入院者は、介護保険によるサービスが導入できず、かつ通過型の施設等を利用することも難しくなっています。

今後は、長期入院者の70%超が60歳以上となっている現状を踏まえ、高齢長期入院者への退院に向けた取組として介護保険サービス、高齢者福祉施設等の社会資源や制度を熟知し、高齢者関係機関とのネットワーク構築が課題と考えます。

一方、平成26年施行の改正精神保健福祉法では、医療保護入院者への退院後生活環境相談員の選任が義務付けられ、入院後早期からの退院支援への取組がなされるようになりました。退院という出口の支援のみならず、入院形態に捉われることなく全ての入院者に対し、入口である入院早期から入院が長期化しないための取組が重要になってくると考えます。

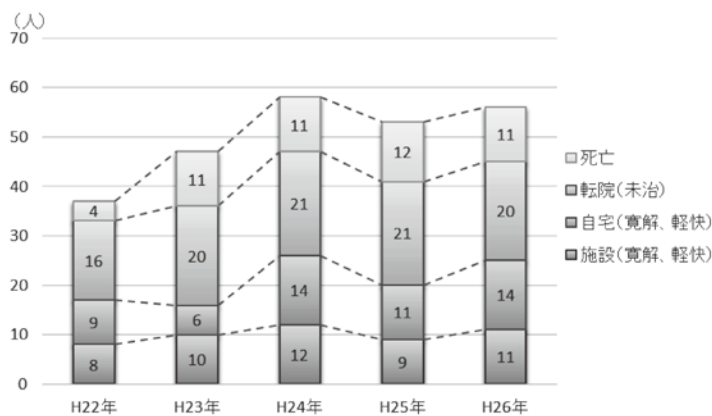
在院者数と長期入院者数の推移

表1



1年以上の入院者のうち、その後1年までに退院した数と転帰

表2



地域移行支援の現状と課題

はらからの家福社会
地域移行促進コーディネーター
伊澤 雄一

はじめに ～東京の悪循環と地域移行支援～

精神障害者支援においては、「入院から地域における保健・医療・福祉へ」「地域を拠点とする共生社会の実現」というスローガンを掲げながら法制度の見直しを重ねてきた経緯があります。し

かし、勢いのある響きに反して状況にはさして変化がなく、人権問題としての社会的入院の問題、他の一般科よりも低水準の医師・看護職等の配置を是とする「精神科特例」の問題、ダントツで世界一過剰な精神科病床数の問題、地域での支援活動の脆弱性という問題、等々が精神医療保健福祉分野には依然として存在し、いわば不適正な状態が続いています。

昨年批准された「障害者権利条約」を踏まえるならば、「他の者との平等を基礎として」に明確に沿い、地域移行並びに地域生活確保を権利保障の観点から強力に、かつ早急に展開すべきです。

東京に目を転じれば、1年以上の長期に入院している人たちは約12,000名、なかには30年40年という超長期の「歴史的入院」となっている方も多く、また23区域で発症して、一旦は地元の病

院に入院しながら、入院が長引くなかで次第に病床数の多い西多摩や南多摩の丘陵山間部の病院密集地帯への転院、さらに長期化に陥るというパターンが横行しています。これにより帰る場所とともに、その絶望感から社会に出る気持ちをも失くしている人たちも多く、まさに東京の精神科入院の悪循環と言えます。したがって大掴みな表現ながら、「西で長期化している人たちをいかに東に戻すか」ということが、地域移行促進事業の大きな眼目として挙げられます。

超長期入院者との出会いと支援の方向

筆者が所属する団体が東京都から受託している「東京都地域移行促進事業」の実践を重ねる中で、43年の入院になる60代後半の患者さんと昨年の初め西多摩のとある病院で出会いました。

その方は退院へのためらいや葛藤を強く示しながら、しかし昨年病院内で開催した「社会資源勉強会」に参加されていました。地域支援や社会資源のことを初めて知り、そして街場で生き活きと暮らす当事者の様子に触れ、自分もやってみたいという気持ちに変わったとおっしゃいます。

関係を深めることで退院に向けて歩み始め、東京都の独自事業である「グループホーム活用型ショートステイ」での体験宿泊なども経験しながら、少しずつ前を向き始めています。対面や面会の積み上げによる地道な関係づくり、外出などの同行や社会資源の見学、利用体験、宿泊などのトライアルによる積み上げにより、退院の準備は遅々とした歩みですが進捗しています。

このような関わりや支援の密度や頻度をさらに上げていくことが出来れば、スピード感をともなう地域移行支援が実施でき、早く多くの方の退院が実現するという確信にも似た思いがあります。制度を拡充し、人海戦術による活性化への要望を強くもつ次第です。

地域移行支援の力としてのピアパワー

さらに地域移行促進事業を大きく動かしていく力として、ピアサポート活動を当団体は位置づけています。「ライフパートナー（以下：LP）」と命名された当事者スタッフは現在7名おり、担っている活動は「病院訪問（出前講座・OTプログラム参加・季節行事ゲスト参加、病棟内イベント等）」を主に、さらに医療スタッフ研修講師（内部研修）、各地からの講師要請にも適宜応え、全体で月間140時間ほどの活動を展開しています。（図：LP病院出向実践例）

活動の全体を通じて、“地域から病院に迎えに行く”という基本姿勢のもと「少し先ゆく人」として、必要な生活情報を患者さんに直に届け、入院中に備えておく事を伝え、「貴方の退院を地域で待ってる」というメッセージを送り、退院に後ろ向き、もしくは戸惑いや不安を感じている人たちの心に希望や期待の明かりを灯す実践です。

LP活動を受け入れて～病院関係者のコメント～

このLP活動の受入病院のスタッフからは次のようなコメントを頂戴しています。

『病院プログラムに沿って活動するLPのアプローチは、医療スタッフとは異なる深度で患者さんを揺り動かしている。そして入院は退院への準

ライフパートナー(LP)実践例

実施病院	実施内容
K病院	「OT退院準備G」における体験発表・情報発信（月に1回） ・OT室での座談会・シンポジウムを基本型にしている。 ・季節の行事（さくら祭り・クリスマス会）にも参加し、事業説明と挨拶を行う。 ・年2回は、はらからの家見学会を実施している。
	「OTフリールーム」における交流・情報発信・退院準備Gへの誘い（月に1回） ・会話コミュニケーション・ゲームをツールに、交流促進と関係作りを行う。
	社会資源見学プログラム「ういず」における懇談と情報発信（2ヶ月に1回） ・はらからの家施設見学・周辺散歩・動機づけも併せて実施している。
M病院	「OT情報発信プログラム」における交流と情報発信（月に1回） ・声かけをメインに。ゲーム・パワボ流し・お茶出し・ブラッツ通信折りなどで交流する。
	「社会資源見学会」（年に3回） ・はらからの家施設を基本に、参加者のニーズに合わせて柔軟に実施している。
N病院	「OTサロン」における交流・情報発信（2ヶ月に1回） ・ゲーム・お茶会などをツールに関係作り情報発信を行っている。 ・テーマによるLPの体験発表・お茶会・個別面談を基本型に実施している。
	「地域交流会」（年に1回） ・社会資源紹介・LPの体験発表・小グループを基本型に実施している。
K病院	「病棟内のお茶会プログラム「ひまわり」における交流・情報発信（年に4回） ・テーマによるLPの体験発表・車座談会・お茶会を基本型に実施している。



備期間という捉え直しや具体的な準備行動、地域生活の営みに参加していく意欲が病との付き合いも含めて喚起されている。このことは再発・再入院、重症化予防の観点からも大きな効果を発揮すると思う。』（K病院コ・メディカルスタッフ）

『医療機関のスタッフはもちろん退院を指標としてアプローチを行っている。ただその役割や機能、またその実践の場が院内であるという限界がある。おのずと我々が使う“言葉”にも制限がかかる。そんな時LPの人たちの、同じ立場、目線からの「大丈夫だよ」という“言葉”には、全くかなわない、と思ひ知らされる。我々医療スタッフにできることには限界がある。だから単に彼らのピアとしての力を信頼して、任せてしまおうと、実践を振り返りながら考えている。』（M病院OT）

他にも、「病院内で退院を意識した空気感が患者さんだけでなくスタッフにも漂い始めた」「事前の準備を念入りに行うなど、患者さんの退院の仕方が変わってきた」などの評価もいただきました。

今後ともLPの支援力、発信力を大いに発揮しつつ、この活動を通じて「ピア活動」への社会的評価が向上することを願ってやみません。

おわりに～覚悟を～

先の超長期の方は介護保険の対象にならないほどに身体機能を有し、現在グループホームへの退院をご本人も周囲も想定しています。しかし「高

齢者の受け入れはどうも……」とホーム側は二の足を踏んでいます。たしかに年齢とともに支援要件が高まるのは自然の摂理であり、対応体制の手厚さは課題です。現状のグループホームの制度はマンパワーの配置を含め実にぜい弱であり、支援力は決して高いものではありません。ならば長期高齢入院者の受け入れを促進するために、グループホームの対応力を高める特別な策は打てないのでしょうか。退院は居住確保なくしてあり得ません。「Home first（まず住居）」の認識にたち、退院後の最有力の居住の場であるグループホームの受容力拡充をはかる必要があります。

また都内西方の実情として、長期入院者への開放処遇として病院周辺への外出などが盛んに実施されています。おのずと当該地に馴染みが深まる傾向にあり、退院の意思が作られたときにも、病院の周辺にとどまりたい、つまり必ずしも入院前住地に戻ることはないことの対応も非常に大きな課題です。これは精神科病院を有する当該自治体の福祉サービスや地域支援体制整備に任せているばかりでなく、広域行政課題ないし全都的な問題として、行財政的な補足を制度的に保障していくことが必要なのではないでしょうか。

手をこまねいてはいいつまでたっても事態は変わらない。唐突、大胆と思えることも含め、早急にアイデアや知恵を持ち寄り、そして官も民も覚悟を決め、総力を挙げ状況に向かう姿勢が強く求められていると思うのです。

東京都精神保健福祉協議会 入会のご案内

精神保健福祉向上に協力の意思のある方は、どなたでも入会できます。
入会された場合、年2回のニュースレターや精神保健福祉に関する講演会
のお知らせなどをお送りします。

■会費（入会金は不要です。）

個人 1,000円 法人 10,000円

多くの精神保健福祉関係施設
の入会をお待ちしています。

■入会の方法 事務局にお問い合わせください。

お問い合わせ 東京都精神保健福祉協議会事務局 担当 南雲 真実

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内

TEL ▶03-3762-4151(6770) FAX ▶03-5471-5774

Mail ▶tokyoshfk@gmail.com

登録番号 (26) 466
(通巻 No.65) ISSN 1343-3830

●発行

平成27年3月発行
東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健・医療課
新宿区西新宿二丁目8番1号
TEL 03-5320-4464

●編集

東京都精神保健福祉協議会事務局
担当 南雲真実
〒143-8541 大田区大森西 6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL 03-3762-4151 (内) 6770
FAX 03-5471-5774

●印刷

株式会社トリョウビジネスサービス