

IV パネルディスカッション

パネルディスカッション
～精神障害者の地域生活支援の充実と
退院促進のために何が必要か～

精神保健福祉士 大塚淳子

平成19年7月26日
厚生労働省主催
精神障害者の地域生活支援を考えるシンポジウム
三田共用会議所講堂

平成18年障害者自立支援調査研究プロジェクト事業
「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、
ツール等に関する調査研究」報告より

調査1 ー実施状況の調査

- 対象 : 都道府県及び政令指定都市の障害保健福祉主管部局
- 62自治体(47都道府県+15政令市)
- 方法 : 質問紙を郵送し、自記式で返送
- 調査期間: 平成18年12月～平成19年1月
- 回収率 : 75.8%(62中47回収)

調査2 ー先進地の工夫に関する調査

- 対象者 : ①自治体担当者 ②事務局精神保健福祉士(以下PSW)
- ③病院PSW ④利用者の少人数グループ
- 対象地区: 岩手県・福島県・埼玉県・三重県・岡山県・香川県・長崎県・大阪市
- 方法 : 本協会構成員による、対面式の聞き取り
- 調査期間: 平成19年2月

- → これらの結果を元に、「手引きVer.1」※を作成するにあたり、北海道・東京都・千葉県・大阪府にも聞き取り調査を実施した。
※「精神障害者の退院促進支援事業の手引き」(主に自治体職員向け)
「手引き」「調査研究報告書」ともに日本精神保健福祉士協会HPに掲載

事業利用者の声，声，声・・・

- 事業のことを知る前・・・
 - 「誰に言ったら良いか，わからなかった」
 - 「まだ，待っていなさい，と言われた」
 - 「住むところや生活費が心配だった」
- 事業利用をすすめられて・・・
 - 「追い出されるのかと思った」
 - 「〇〇さんを見て，私にもできるかなと思った」
- 退院した今，
 - 「自由になった！」「充実している」
 - 「好きな時に買い物に行かれる」
 - 「これからは普通に暮らしたい！」

事業の効果測定

「何人退院したか」では，計れない事業の効果

- 事業利用期間内に退院するとは限らない
⇒事業利用者の追跡調査も必要(終了後の退院もある)
年度単位で区切ることの是非(予定通りには進まないケース)
- 事業がもたらす，各自の意識変化・行動の変化
 - 利用者・患者：「わたしにもできるかもしれない」
「諦めなくて良かった」
 - 家族：「自分達だけで支えなくても良いという安心感」
 - 病院関係者：「この人も退院できるかも知れない」
「職員が諦めていただけだった」
「地域ぐるみで取り組める良さを実感」
 - 地域関係者：「初めて病院の取り組みを知った」
「入院中からかかわれると支援しやすい」
 - 行政関係者：「所管地域の課題を把握できた」

地域の
実態に
見合った
事業展開
へつなげよう

地域の関係機関の連携が強化⇒既存の協議会なども活用。相互理解深まった。

「互いに機能を補い合う」協働体制が進んだ。
「地域に足りない社会資源」を開発する取り組みが起きた。

今後の事業展開のための課題Ⅰ

～各地事業総括から学ぶ～

- 利用の中断も「失敗」ではない。
 - ⇒再利用の保障や、追跡調査の実施。
 - ⇒地域生活のイメージ作りや、具体的不安と必要支援の具体化作業、社会参加の促進には十分値し、利用そのものに意味はある。
- 家族機能を補完する制度の拡充を。
 - ⇒例：公的保証人制度、ホームヘルパー派遣、訪問看護など。
- 専門職の育成や、研修実施
 - ⇒さまざまな立場から退院促進支援を担える人材作りを。
- 友人や先輩、仲間としての交流体験としての効果が高かったピアサポーターや非専門職である市民ボランティア等の活用と相互に安心できるための研修を。

今後の事業展開のための課題Ⅱ

～制度的諸課題～

- 経済的保障(障害年金・生活保護等)
 - ⇒単身地域生活をするためには経済的保障が必要。だが、障害基礎年金2級では難しく、生活保護受給との併用が現実的。また、年金を受給できない者もいる。
 - ⇒退院を契機とした生活保護受給。
 - ⇒障害年金(特別障害給付金)の受給資格の確認や申請支援。
 - ⇒親身な相談支援からの展開が必要。
- 住居資源
 - ⇒福祉制度による住居資源だけでなく、一般住居資源が不足。
 - ⇒「住生活基本法」平成18年6月⇒住生活基本計画(全国計画)。
 - ⇒あんしん賃貸支援事業と住居サポート事業の連携活用促進。
- 手帳による交通費等の割引制度など
 - ⇒通院、日中活動、様々な社会参加に関する交通費や公共施設利用費などに手帳に伴う割引制度が他障害同様に拡大されることが望ましい。

プロジェクト事業のまとめ

～「新たな社会的入院」を生まないために～

退院促進支援事業は、一つの事業でしかないが、それでも。

- できるところから手を付ける。
- 突破口を開けば、次につながる。
- 地域の実情に見合う事業を、柔軟に展開しよう。
- 社会資源の不足を「できない理由」にしない。
- 医療機関における従来からの取り組みとの連動を。
- 柔軟な発想と、パイオニア精神が必要。
- 無いものは、創り出す。
- 「退院促進」に向けたムーブメントを創る。

地域全体で退院促進支援事業の積極的展開を！
声かけを待っている利用者がいます。
誰もが街中でその人らしくあたりまえの暮らしを送る自由と
権利とを持っています。

地域生活の支援にとって必要なこと

「退院」はゴールではない

- ・“暮らし”が、いかに豊かなものになるか
- ・専門職や、領域で縛らないあたりまえの「市民」の暮らしへ

「病院・診療所」に求められること＝医療的支援

- ・緊急時の即応性や、適確な治療の提供
- ・通いやすさと、医療の出前

障害者自立支援法のもとで福祉的支援をどう展開するか

○医療計画上の退院促進計画で算定される〇百、〇千人というような数値目標から、「誰それさん」という顔が見える退院促進をできるようにしないとけない。個人情報保護の時代にあって、その一人ひとりの顔が見えているのは、医療関係者や福祉機関の職員やピア、家族である。実体のある退院促進を。

○ひとりひとりの精神障害者の夢や暮らしへの思いを受け止める機会の創出を。相談支援事業を当事者のニーズを真ん中にしてしっかり展開する。

○障害者のニーズを反映させる障害福祉計画を、地域特性を生かして豊かな内容で作りあげていくために住民を巻き込み活発な議論の場を創出すること。

○自立支援協議会の設置により、地域内の公私の各機関が有機的に連携を果たせるように知恵を出し合い、地域を耕していく。その意識改革も必要。

障害者自立支援法の不備や課題を、障害者の生活実態を、声に出していくこと、見直し作業に集約していくことが大切。

その一方で、障害の有無にかかわらず、障害を持っていても安心して街中で暮らすことができるようにしていくことは国を初め、社会全体の責任でもある。

そのためにも、地域内のハードもソフトも、様々なシステムを見直し、発展させていくことが重要。住民全体の問題にしていく。

本日のシンポジウムを機に、精神障害者が地域で豊かに暮らせるように、その支援が豊かに展開できるように、皆さんと考えながら実践していきたいと思えます。

パネルディスカッション
精神障害者の地域生活支援の充実と
退院促進のために何が必要か？

さわ病院
澤 温

依頼された内容

- 退院促進に必要な要素



- さわ病院では退院促進と意識したことはない
 - 病院で退院を考えるのは当たり前
 - 単に社会復帰の促進
 - 「退院促進」は住む場も地域の理解への努力も入っていなかった
- 豊中市で過去5例トライ
 - 成功した2例は豊中に住居があったが他市の病院入院患者
 - 3年たった今も退院がためらわれていたら促進事業が続けられている
 - 最近新たに成功したというのはこれまで母が同居をといいながら何度も流れた人が家屋の都合がついて同居となり退院となって終了としているだけで、退院後の自宅生活でのリスク管理(タバコの小火、怠薬による症状再燃にともなう包丁隠しなど)、母亡き後の計画はない

精神障害者が地域生活を送るための 4つの要素

- 住まう場
社会復帰施設、グループホーム、アパートなど
- 活動する場とプログラム
デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、作業所、授産施設、福祉工場、一般就労
- サポートする人々とその連携
専門家、ボランティア
- 地域の人々の理解と受容
自然なふれ合いの中でできる
小さなトラブルは役立つが、大きなトラブルは後退させる

4つの要素は全部必要！

住まう場

- 旧社会復帰施設
 - 福祉ホームA, B
 - 生活訓練施設
- 自立支援法施設
 - ケアホーム
 - グループホーム
- アパートなど・・・同居者は同一世帯とみなされて扶助は目減り

地域の中の病院である ための責任性

- 患者への責任
 - 精神科救急医療、継続医療
- 地域医療への責任
 - 精神科救急医療
 - 認知症対応
- 地域安全への責任
 - 火災
 - 事故への責任？
 - 通院患者の転落
 - 退院直後の患者の事故

活動する場とプログラム

- デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア
- グループワーク
- 作業所
- 旧社会復帰施設
 - 授産施設、福祉工場
- 自立支援法施設
 - 就労移行、就労継続
- 一般就労

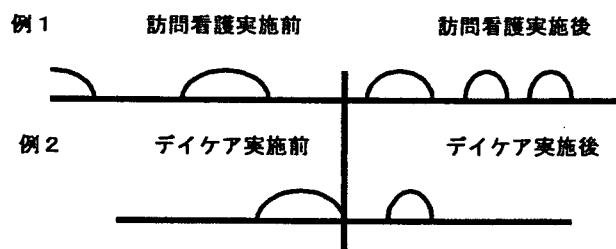
最低賃金程度をもらえるレベルの人でも雇ってもらいにくい
最低賃金を出せないレベルの人は、それ以下の賃金では納得しない

さわ病院でのサポート体制

- 870414 訪問看護開始—病棟看護婦に継続看護として開始
- 880928 外来患者への食事実費サービス開始
- 911201 緊急・応急・救急指定病院へ
- 950419 訪問看護ステーション開設(24時間態勢)
- 970321 ライフサポート(グループホームヘルパー)開設
- 991001 地域生活支援センター開始
(現在の地域活動支援センター)
- 000401 地域保健福祉総合サービスセンター 開始
- その他 デイケア、居住施設のスタッフも連携してサポート
- 95年5月から医師も2人当直で必要に応じて夜間も訪問看護と連携してアウトリーチも可能

生活者だけなら日中サービスでほぼ足りるが、疾病を持った生活者では、疾病部分が大きくなるほど24時間サービスを必要とする

訪問看護とデイケアの 社会復帰への効果



調査2の調査方法

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間(2ヶ月以内の空白は連続と見なした)と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当りの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当りの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた(但し実施後入院の無かった患者については1回当りの入院期間を0日とした)。

調査2結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数/回
デイケア	128	0.67±0.19*	0.55±0.08**	0.48±0.13**
訪問看護	113	0.17±0.06**	0.32±0.06**	0.14±0.04**

*p<0.05 **p<0.01 Mean±SEM

精神医療の敷居を低く

- 精神病院らしくない病院から病院らしくない病院へ
- 地域の人々を引き込む病院へ
 - 季節行事
 - タクシー乗り場、ATM
- 地域の人々になくてはならない病院へ
 - 介護保険関係
 - 介護講習
 - 食事宅配サービス

さわ病院で考えた

「障害ある人が地域で生活するための6要素」

今後地域で障害ある人が生活するには:

- ①栄養管理(食事)
- ②経済管理(金銭の管理)
- ③生活リズム管理(睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビを見たりごろごろしている人はそれもよしとして)
- ④保清(掃除、洗濯、入浴)
- ⑤治療管理(服薬)
- ⑥対人関係(自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして)

の6項目を考える。

“しゃかいふつき”の構成

- し:しゃかい的行動(強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動が無いこと、どこへ行ってしまふかわからないことはないことでスクリーニング)
- や:やりくりを意味する経済管理
- か:かつどうを意味する生活リズム管理
- い:いんしよくを意味する栄養管理
- ふ:ふくやくを意味する治療管理
- つ:つきあいを意味する対人関係
- き:きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方の各項目の個別評価基準の内医療的なもの、退院後でいいものを除くと上記7つになる

ケアガイドラインに基づく 精神障害者ケアマネジメントの進め方 —各項目の個別評価基準—

・1 自立生活能力

a. 身のまわりのこと(パーソナルケア)

- a-1 必要な食事をとること
- a-2 生活リズム
- a-3 個人衛生・みだしなみ
- a-4 清掃やかたづけ、洗濯
- a-5 金銭管理

b. 安全の管理

- b-1 火の始末
- b-2 大切な物(財布・印鑑・鍵・重要な書類・自分の大切にしているもの)の管理

c. 健康の管理

- c-1 服薬管理
- c-2 身体健康の管理

d. 社会資源の利用

- d-1 交通機関の利用
- d-2 公共機関・金融機関の利用
- d-3 電話の利用

e. 対人関係

- e-1 協調性(主に、家族以外との関係について評価)
- e-2 自発性
- e-3 となり近所との付き合い
- e-4 友人等との付き合い

f. 社会的役割・時間の活用

- f-1 自分なりの社会的役割を持つ
- f-2 趣味・空いた時間の過ごし方

・2 緊急時の対応

g. 緊急時の対応

- g-1 心配ごと(ストレスを受けた場合)の相談
- g-2 悪化時の対処

・3 配慮が必要な社会行動

h. 配慮が必要な社会行動

- h-1 会話の不適切さ
- h-2 マナー
- h-3 自殺ないし自傷の念慮や行為
- h-4 その他の社会的適応を妨げる行動

ケアガイドライン ケアアセスメントーし

1) そのような社会行動☆は見られない。
2) この1か月間に、そのような行動は見られなかったが、それ以前はあった。
3) この1か月間に、そのような行動が何回かあった。
4) この1週間に、そのような行動が数回あった。
5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

☆: 人に物に対する暴力、敵意的な社会的交流、妄想に基づくと思われる奇妙な行動、状況にふさわしくない大声を出す、放浪癖、過度な潔癖症、強いこだわり、電話の乱用、性的逸脱行動、世間でひんしゆくをかうような行動、等

日精協版 しやかいふつきーし

1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) この1か月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。	① 24時間7日のある住居 ② 7日 ③ 訪問看護
3) 3) この1か月に、そのような行動が何回かあった。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
4) 4) この1週間に、そのような行動が数回あった。	① 入院 ② 作業療法 ③ —
5) 5) そのような行動が毎日のように頻回にある。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

- ① 住まう場
- ② 日中の活動
- ③ 専門職のサポート

日精協版 しやかいふつきーや

1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。	①1人住まい ②一般就労 ③なし
2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。	①1人住まい ②福祉工場 ③ヘルパー
3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。	①日中のケアのある住居 ②福祉工場～作業所 ③ヘルパー、訪問看護
4) 3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。	①24時間ケアのある住居 ②作業所、デイケア ③訪問看護
5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。	①入院 ②作業療法 ③—

日精協版 しやかいふつきーか

1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる	①1人住まい ②福祉工場～一般就労 ③なし
2) 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。	①1人住まい ②授産施設～福祉工場 ③なし
3) 時に助言がなければ、寝過ごすか、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。	①日中ケアのある住居 ②作業所～授産施設 ③ヘルパー、訪問看護
4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。	①24時間ケアのある住居 ②デイケア ③ヘルパー、訪問看護
5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。	①入院 ②作業療法 ③—

日精協版 しやかいふつきーい

1) 適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がだいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 授産施設～一般就労 ③ なし
3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。	① 日中ケアのある住居 ② 作業所 ③ ヘルパー
4) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア ③ 訪問看護、ヘルパー
5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

日精協版 しやかいふつきーふ

1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)	① 1人住まい ② 一般就労、福祉工場 ③ なし(あるいは訪問看護)
3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)	① 日中ケアのある住居 ② 福祉工場～作業所 ③ 訪問看護
4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデポ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイケア、作業所 ③ 訪問看護
5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。	① 入院(デポ剤で24時間ケアのある住居も可) ② 作業療法、デイケア ③ —、訪問診療、訪問看護

日精協版 しやかいふつき一つ

1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 1) が、だいたい自主的にできる。	① 1人住まい ② 福祉工場、一般就労 ③ なし
3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。	① 日中7のある住居 ② デイケア～作業所～授産施設 ③ 訪問看護
4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。	① 24時間7のある住居 ② デイ7、作業所 ③ 訪問看護
5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

日精協版 しやかいふつき一き

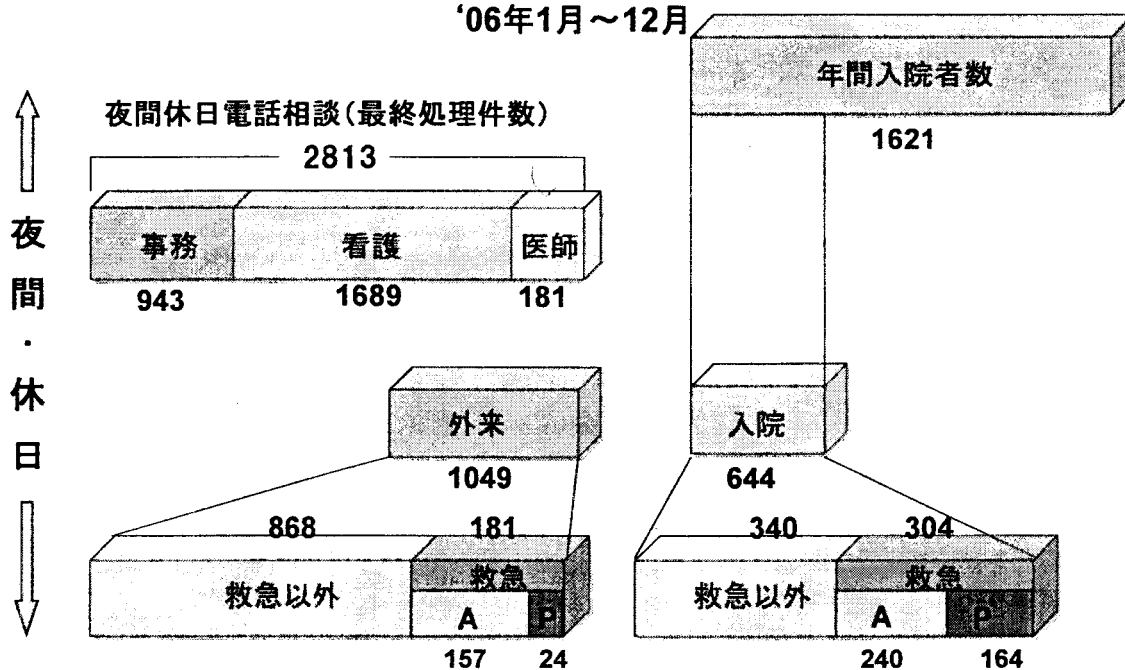
1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて（週に1回くらいは）、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。	① 1人住まい ② 一般就労 ③ なし
2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等をある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなせる。	① 1人住まい ② 福祉工場～一般就労 ③ ヘルパー、訪問看護
3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。	① 日中ケアのある住居 ② 授産施設 ③ ヘルパー、訪問看護
4) 4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。	① 24時間ケアのある住居 ② デイ7、作業所 ③ ヘルパー、訪問看護
5) 5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。	① 入院 ② 作業療法 ③ —

医師意見書の中の生活障害評価が 障害程度区分を引き上げた

- ・ 5. その他特記すべき事項
- ・ 〈精神障害の機能評価〉
- ・ ○精神症状・能力障害二軸評価：（精神症状； 能力障害； ）
〈判定時期 平成 年 月〉
- ・ ○生活障害評価：（食事； 生活リズム； 保清；
金銭管理； 服薬管理； 対人関係； 社会的適応を
妨げる行動； ）〈判断時期 平成 年 月〉
- ・

さわ病院における全救急態勢の実態

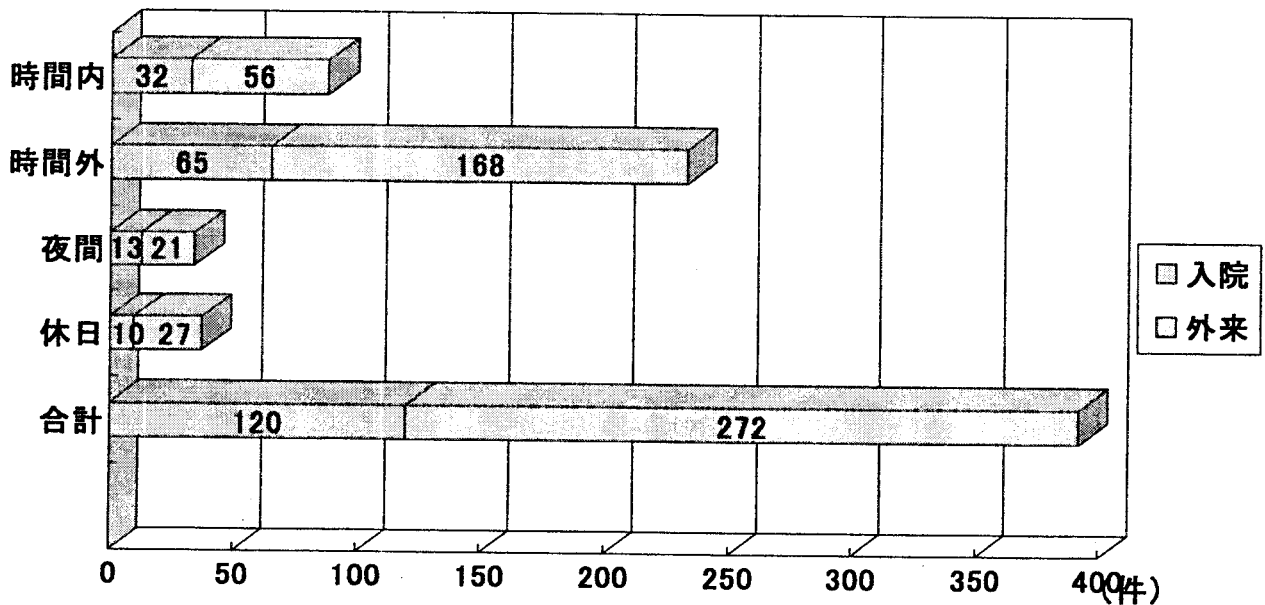
‘06年1月～12月



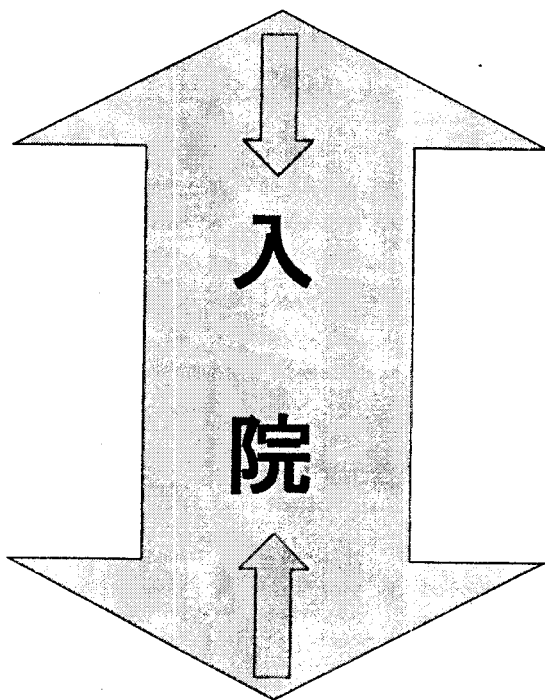
* 救急とは、救急隊(A)・警察搬送(P)を示す



さわ病院の往診の状況 (97年9月~06年12月)112ヶ月



医療的サポートと入院期間



- ←1974年 デイ・ケア
- ←1986年 精神科訪問看護(2×/M)
ナイト・ケア
- ←1988年 精神科訪問看護(2×/W)
- ←1994年 精神科訪問看護(3×/W)
訪問看護ステーションの拡大
デйнаイトケア
- ←1995年 精神科救急医療システム