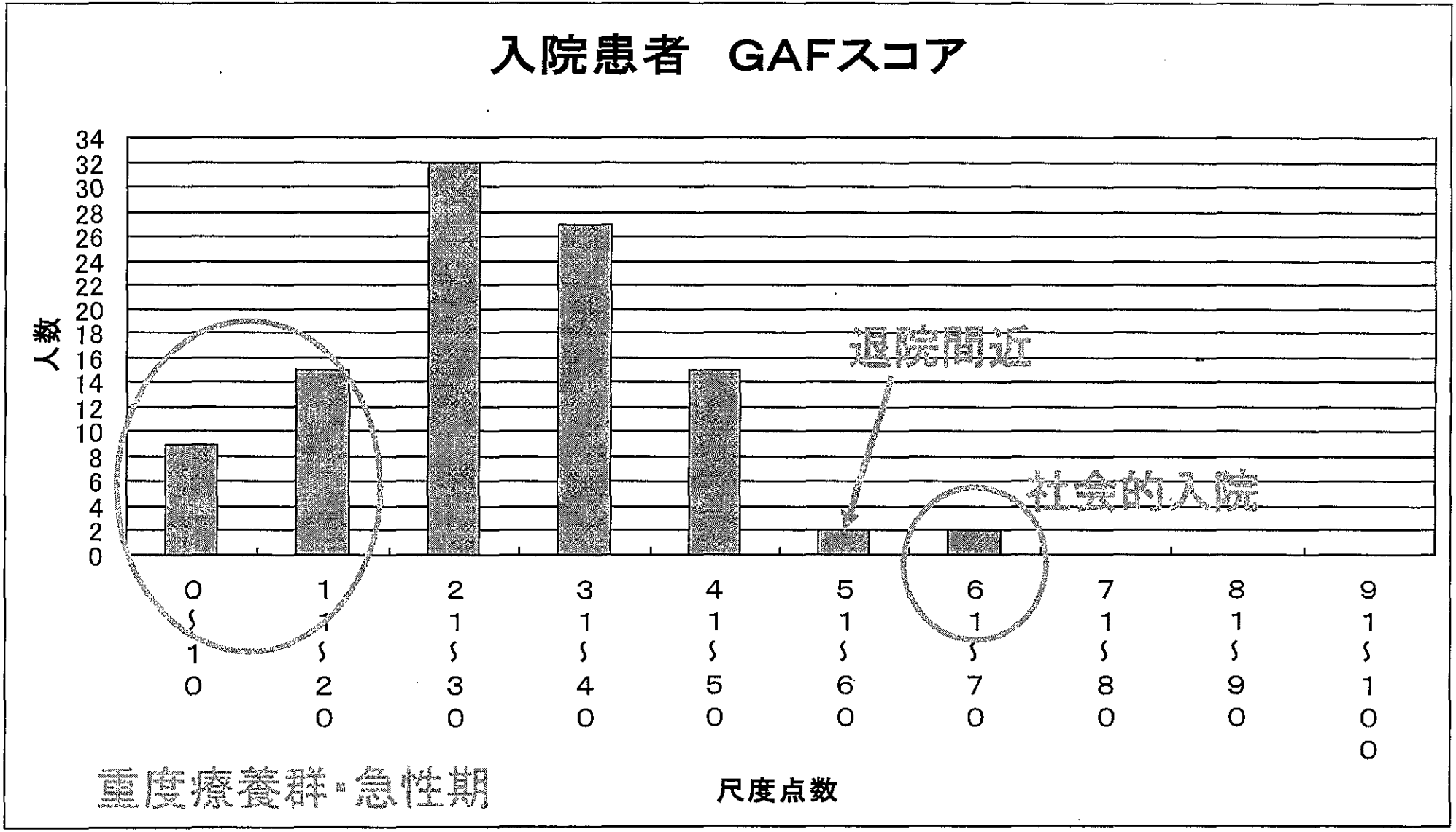
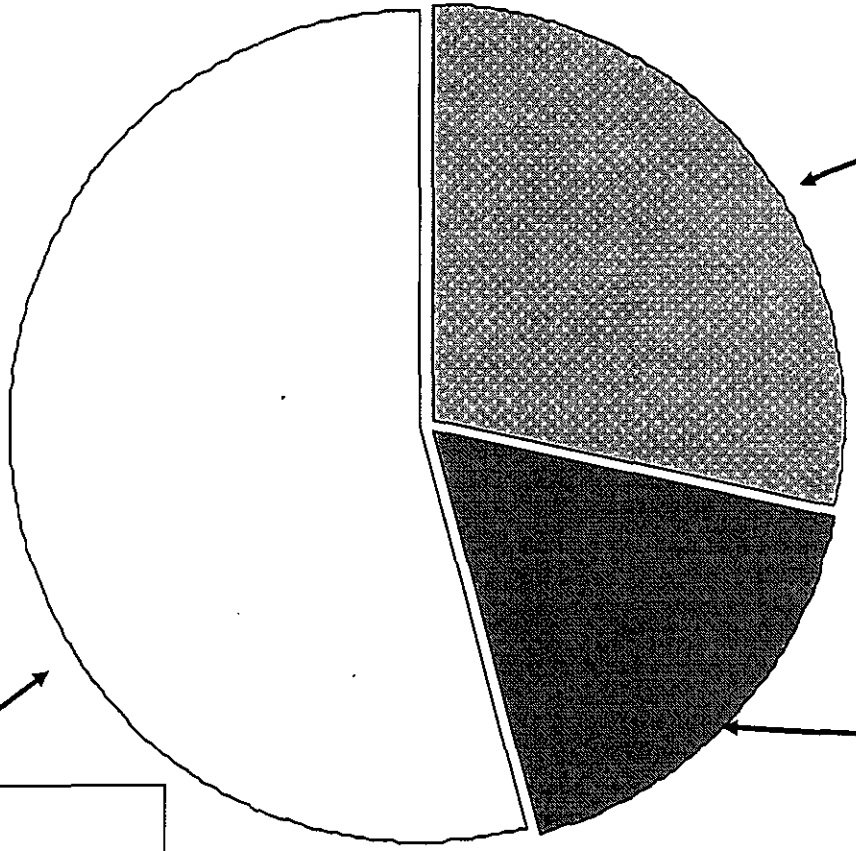
H18. 10



80%統合失調症　15%認知症　うつ、人格障害は少ない

現在（H20．6）入院中の方　今後の受け皿

総入院数74名

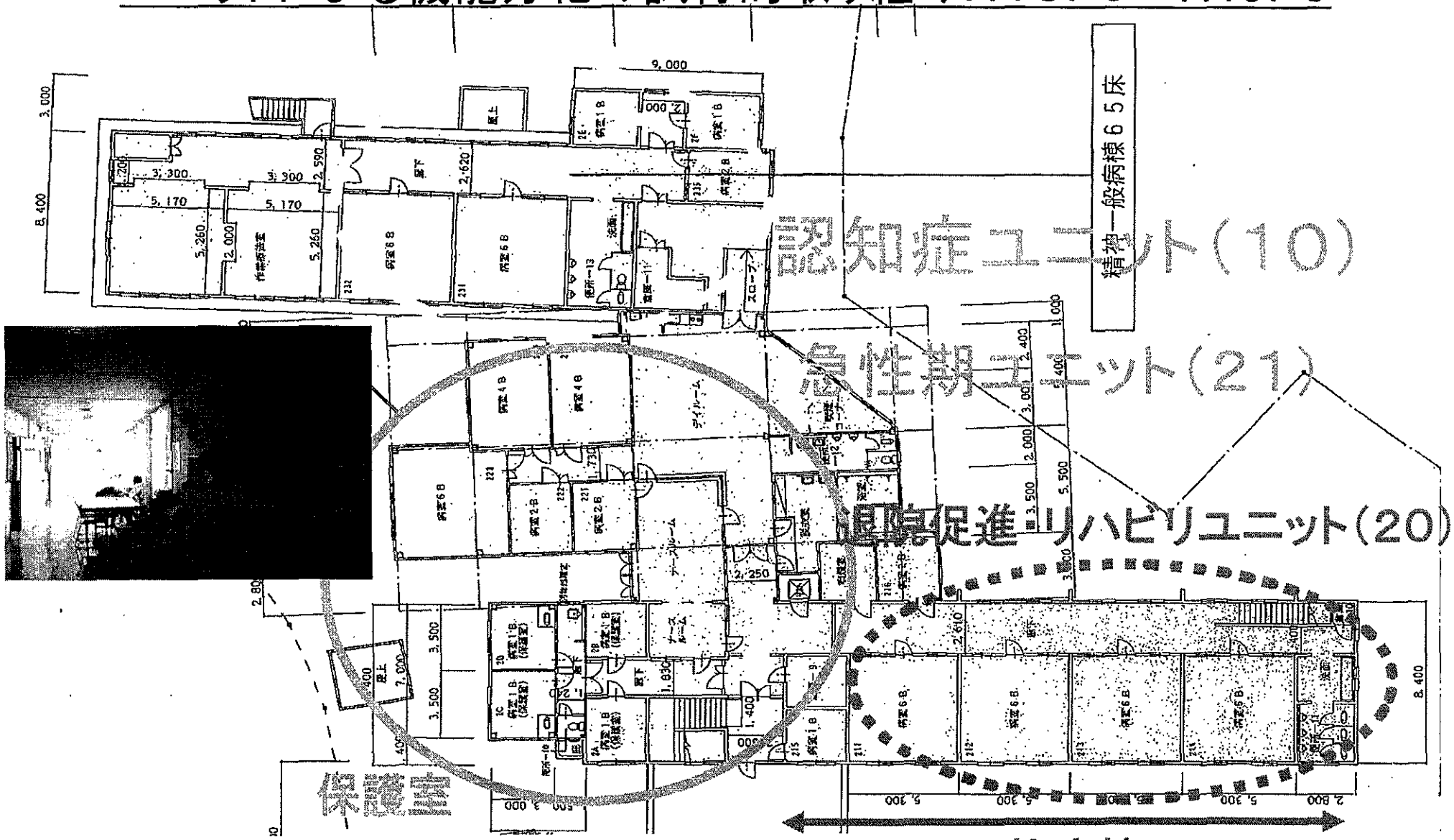


21名（28%）
老人施設等入所待ち

13名（18%）
急性期治療後
自宅もしくは福祉ホームB

40名（54%）
現時点で受け皿の目処たたず
（GAF50点以下）

1病棟体制で地域ニーズに応えるために
ユニットによる機能分化の試行的取り組みH18．5～H19．5



ユニット毎の入院人数はH18年11月現在

ユニットによる機能分化試行的取り組み

- 従来の3:1看護配置（19名）では3ユニットに分けた勤務とれず→補助看護10:1で6名のスタッフを追加。総勢25名で、7:00～22:00までユニット別にスタッフを配置。
- 22:00～7:00は従来通り2名夜勤（基本的には3交代）
- それぞれのユニットは完全に分断せず、現在の法規制は守っている（精神一般）。

ユニットによる機能分化の効果

- 医療事故の減少（患者さん同士の暴力や転倒など）
  - スタッフが患者さんの近くで見守ることができやすい。
- 長期保護室利用患者の隔離解除（2名）
- 食事もそれぞれのユニットでとるようになり、雰囲気が改善
- 退院促進・リハビリユニットでの個々の退院に向けた取り組み。（どうしても急性期や認知症の方の見守りにスタッフがかかりきりとなる傾向があった）
- 1ユニットの小規模化の効果が顕著に現れた。と実感。
- 精神科医療の質の向上には十分な”人”の配置が不可欠。

ここまでの医療の取り組み　まとめ

- アウトリーチサービス・地域生活支援の充実、地域の老人施設等との連携と共に、計画的に・緩やかに病床のダウンサイジングを行ってきた。
- 職員を訪問看護、認知症ケアを切り口で再教育、再配置してきた。その結果、全体の職員数は維持（入院→地域生活支援への移行）している。
- 「退院促進→減床」を時間をかけて行うことで、受け皿の問題、移行期の病院経営の課題を不十分ではあるがクリアしてきた。。
- ユニットによる機能分化の試行的取り組みを実践。

課題～地方の現場で感じていること

- 地域生活支援について
  - 少数のニーズに対する支援が制度上は困難、サービスの共用が望まれる
- 啓発、理解の深化について
  - 交流活動が効果的と実感
- 精神科医療について
  - 小規模病院での機能分化が困難
    - 一機能単位の規模・精神保健指定医等資格者確保の問題など
  - 認知症に対するニーズの増大
    - 診断（疾患、状態像）、周辺症状など
- 二次保健医療圏域、障害保健福祉圏域が生活圏域と一致していない
  - 医療・福祉サービスの中央集約化が起きるとアクセスできない（しにくい）～精神保健医療福祉の敷居はまだ高い！