

平成22年度障害者総合福祉推進事業
(高齢入院患者の地域移行と精神科医療機関の運営に関する調査)
報告書

社団法人 日本精神科病院協会

平成23年3月31日

目次

事業要旨	1
1. 医療機関事例調査からみた高齢入院患者の地域移行と 医療機関の運営に関するヒント	
1-1 事業目的	4
1-2 統合失調症の高齢入院患者の退院（地域移行）に向けた方策 ...	6
1-3 統合失調症の高齢入院患者退院後の医療機関の運営方策	11
2. データからみた高齢入院患者の概況	
2-1 日本精神科病院協会の会員調査、総合調査（患者動態調査） 分析結果	15
2-2 高齢精神障害者（入院患者）調査分析結果	20
3. 訪問ヒヤリング実施医療機関	25
3-1 あさかホスピタル	26
3-2 国分病院	41
3-3 すずかけ病院	48
3-4 下市病院	62
3-5 大泉病院	71
検討委員会・事務局名簿	83

事業要旨

(目的・調査概要)

平成 20 年患者調査（厚生労働省）によると、精神病床入院患者の約半数が 65 歳以上となるなど、精神科入院患者の高齢化の進展が著しく、特に、統合失調症患者の高齢化は顕著に進んでおり、今後の精神科医療を考える上では高齢化した患者をどのように治療しケアするか検討することが重要な課題になっている。これは、日本（および韓国）は世界的にも特殊な状況にあり、独自に解決を図らなければならない問題であることを踏まえて、現段階で高齢入院患者を地域移行させた医療機関等の実態を調査・分析し、高齢入院患者の退院（地域移行）に関する具体的な方策と、こうした患者が退院した後、精神科医療機関がその有する建物や人材を有効活用して安定的な運営を続けるための具体的な方策について考察することを目的とし、①移行させるための方法（ハード・ソフト両面）、②必要とされる地域での既存資源の確保・新設の実態、③必要とされる人員の増減の実態、④その確保の方法、医療機関の経営についてそれらの変革がどのような影響をもたらしたかの調査を行い、今後、日本で可能性のある精神科入院機関の変革と地域移行のあり方についての考察と提言を行った。

なお、日精協の会員名簿及び総合調査集計からは、今回の調査研究で対象とする統合失調症の患者について、高齢化の実態、他の疾患と比べた特徴の有無に関する分析を行い、検討の基礎資料を得ることとし、日本精神科病院協会が実施した平成 22 年度老人保健健康増進等事業「認知症患者と高齢精神障害者の施設サービスについて」の高齢精神障害者（入院患者）調査を特別集計した。

(用語の定義)

ここでいう「高齢入院患者」とは、以下の条件の者をいうこととする。

- ・ 65 歳以上の高齢者であって、
- ・ 入院の原因疾患が、**加齢を起因とする認知症性疾患以外（主として統合失調症を想定）**であり、
- ・ 当該入院の原因疾患について、**入院治療の必要性が低くなったにも関わらず、**
- ・ その他の要因（合併症、ADLの低下、家族状況、経済状況等）を理由に、
- ・ 3 ヶ月以上入院を継続している者

(ヒヤリング調査対象の抽出方法)

- ・ 実際に高齢入院患者を地域移行させた医療機関：2 病院
- ・ 平成 16 年と 20 年の比較で、病床数が減少し、且つ 65 歳以上の入院患者が減少している医療機関が会員 1214 病院中 53 病院あり、その中から地域別に 3 病院を抽出

(分析の視点)

- ・ 移行させるための方法（ハード・ソフト両面）
- ・ 必要とされる地域での既存資源の確保・新設の実態
- ・ 必要とされる人員の増減の実態、その確保の方法
- ・ 医療機関の経営についてそれらの変革がどのような影響をもたらしたか

(分析・考察)

統合失調症の高齢入院患者が退院した後も、精神科医療機関がその有する建物や人材を有効活用して安定的な運営を続けるために、事例調査の対象となった医療機関では、以下のような事業転換が行われ、いずれも有効に作用していた。

- ① 入院医療の救急・急性期への重点化
- ② 認知症等、新たな課題となっている疾患への対応
- ③ 地域での生活を支えるための精神科医療（外来診療、デイケアなどのリハビリテーション、訪問看護などのアウトリーチ）への転換と拡大

ただし、今回、調査した事例は全て下記に示す条件がそろった上での成功事例であり、全国の精神科医療機関にそのまま援用できるものではないのではないかと懸念される。

- ① 昭和の病院整備時に建築した入院施設の老朽化に伴い、全面的な改築・改修をやむを得ず方策を講じたことが動機となっている事例であり、旧来の減価償却の終了した建築の廃棄に伴う損失は少なく、その一方で新しい建築に伴うサービス品質の大幅な向上が可能であり、建築を行う事のメリットが多かった。
- ② 医療機関の機能転換を考える際に、地域に競合相手が少ないという条件のもと、救急入院料算定や介護保険施設開設など幅広い選択肢から転換方策を検討できた事例
- ③ 借入金が少ない、資産を豊富に持つ、大規模であるなど経営体力がある。

※事業転換期には大規模な設備投資、あるいは資産として計上されている建築などの施設の利用休止により一定の期間（長ければ10年以上に亘る）は収支の悪化が生じるため、事業転換は困難である。

(将来への提言)

高齢入院患者の地域移行が進み、結果的に病床数が適正になっていくためには、医療機関の相当の努力が必要である。現状では地域移行は医療機関の個別のエキストラの努力と経済的な多大な損失のリスク負担の上に載った極めて不安定なシステムに任されていると言わざるを得ない。医療機関にとって地域移行に注力すれば明るい将来が見えるような仕組みが政策的に確保されれば、拡大する可能性は充分にある。

①地域性や医療機関の特性に配慮した複数のメニュー（方策）の提示、②病棟転換型の精神科版（老人）保健施設などの創設、③補助金、低利融資のほか、公的支援制度の創設、④病棟スタッフを積極的に地域での訪問活動に参加できるようなフレキシ

ブルな人員基準、⑤介護保険と自立支援法との併用を可能にする、もしくは、要介護認定における精神症状の評価の引き上げ、⑥地域での一般科を含めた救急体制の確立等、今後、このような目標を国の方針とするのであれば、退院促進にかかわるチーム医療やこれに関わるプロセスなどに対する評価を十分に行い、また、地域での受け皿となる居住系のサービスはもちろん、地域支援のためのさまざまなアウトリーチサービスの創造が必要である。さらに、国による社会資源の建築補助、規制緩和など徹底した経済的協力がなければなしえない問題であると思われる。

【検討委員会等の実施状況】

全部で3回の検討委員会を実施のほか、2回の打ち合わせを実施

開催日	8月12日	10月4日	12月21日	1月28日	2月25日
出席人数	12名	1名	1名	10名	9名

【成果物の公表実績計画】

公募表明から日精協ホームページ「補助金事業」に掲載

報告書・成果物の掲載、及び報告書の発送は4月上旬に発送予定

1 医療機関事例調査からみた高齢入院患者の地域移行と医療機関の運営に関するヒント

1.1 本研究の内容・目的

1.1.1 「高齢入院患者」の定義

ここでいう「高齢入院患者」とは、以下の条件の者をいうこととする。

- 65歳以上の高齢者であって、
- 入院の原因疾患が、加齢を起因とする認知症性疾患以外（主として統合失調症を想定）であり、
- 当該入院の原因疾患について、入院治療の必要性が低くなったにも関わらず、
- その他の要因（合併症、ADLの低下、家族状況、経済状況等）を理由に、
- 3ヶ月以上入院を継続している者

1.1.2 本研究の背景

平成20年患者調査（厚生労働省）によると、精神病床入院患者の約半数が65歳以上となるなど、精神科入院患者の高齢化の進展が著しい。特に、統合失調症患者の高齢化は進んでおり、今後の精神科医療を考える上で高齢化した患者をどのように治療しケアするか検討することが重要になっている。これは、入院患者が高齢化する前に精神医療を入院から地域へとシフトした他の先進諸国では重視されなかった課題であり、日本（および韓国）において独自に解決を図らなければならなくなった問題である。

高齢入院患者は、若年者と異なる特性があり、医療はその特性に対応したシフトを必要とされ、また、地域移行に際しては付加的な課題が生じてくる。厚生労働省等の各種報告で指摘されているように、入院期間が長期化するとともに、入院治療が適当な程度の身体合併症やADL(日常生活動作)、IADL(手段的日常生活動作)への支援の必要性が高まっているからである。

しかし、高齢入院患者の中には、入院の原因となった疾患については、すでに医療の必要性が当初よりも低くなり、それに伴って入院治療の必要性が低くなったが、その一方で身体合併症や低下したままになっているADL、IADLへの対応が中心となっているケースもある。従って、必ずしも、すべての患者に現在の医療機関への入院で対応し続ける必要はないという考え方もできる。こうした患者について、精神疾患に対応した医療・保健・福祉サービスを確保した上で、身体合併症に対応した医療の提供や低下したADL、IADLへの支援ができる生活の場を確保し、患者のニーズや状態像に応じて退院（地域移行）を進めることが期待される。

1.1.3 本研究の目的と分析の視点

今回の研究では、こうした高齢入院患者の退院（地域移行）に関する具体的な方策と、こうした患者が退院した後、精神科医療機関がその有する建物や人材を有効活用して安定的な運営を続けるための具体的な方策について考察することを目的とした。多くの高齢入院患者を地域へと移行させた精神科医療機関について実態を調査し、以下の視点から分析を行った。

- ・ 移行させるための方法（ハード・ソフト両面）
- ・ 必要とされる地域での既存資源の確保・新設の実態
- ・ 必要とされる人員の増減の実態、その確保の方法
- ・ 医療機関の経営についてそれらの変革がどのような影響をもたらしたか

特に、医療機関の経営に関する調査は、今までに前例のない詳細なデータを収集した。約9割の精神科病床を民間が運営している日本では医療経済に関するデータの収集解析は非常に重要である。なぜなら、国際的に見ても、公的な精神科医療機関が大多数を占める国々においては、地域移行は比較的容易で順調に行う事ができたが、民間の精神科医療機関の多い国では、病院縮小に伴う事業継続の困難性などの理由により地域移行は極めて困難な作業となる傾向が見られたからである。今回の研究では、これらのデータから日本で今後可能である精神科入院機関の変革と地域移行のあり方についての考察と提言を行った。

1.2 統合失調症の高齢入院患者の退院（地域移行）に向けた方策

1.2.1 医療従事者の意識転換

- 旧来の考え方では、入院した患者について、医療者は精神疾患（生物学的問題）をもつ患者個人の問題にとらえ、対応も疾患への対応中心となる傾向があったことは否めない。しかし、現代の考え方では、精神障害は精神疾患（生物学的問題）のみならず、社会で生きる個人としての能力の低下・社会との「生ける人間としての繋がり」の希薄化などの問題（社会学的問題）、患者の情緒的・認知的能力の変化や、長期間にわたって疾患と戦う事による心の疲れと変化（心理学的問題）などの諸相を併せ持つものであり、それらに対して総合的（Bio-Psycho-Social）なアプローチを行う必要があるとされている。医療従事者はこの新しい考え方を充分理解し、患者に対する対応を改めることが基本として求められるようになった。
- 入院が長期化した高齢入院患者の場合、多くは入院の原因となった精神疾患のみならず、併発した身体合併症を合併している。低下したADL、IADLへの支援も必要となっているため、支援するサービスが十分確保できなければ地域移行は困難である。しかし、地域で生活することは、人的にも経済的にも、大きな負担が、本人や家族、そして社会にもかかることがこれまで問題とされてきた。すでに、地域移行を果たした先進諸国においてもこれは深刻な問題とされてきた。十分な地域でのサポートなしに大規模に精神科病院を縮小したイタリア、オーストラリアでは、患者をサポートする家族にあまりに課題な負担がかかっており、それゆえ退院をポジティブに評価する家族の割合は非常に低い事が明らかになっている。日本でも家族のみならず、ときには患者本人さえも、変化を嫌い、退院に対して後ろ向きであり続ける事例が報告されている。また医療従事者も地域移行が不可能であるということを前提に、患者の希望や心身の状況を適切に評価・確認しないまま、入院を継続する判断を継続している可能性が少なからずありうる。ある意味では、複雑な要因の結果として生じる現状維持的考え方といってもいいかもしれない。こうした患者・医療従事者双方に存在する現状維持的考え方はすべてのケースにおいて存在するものではないが、このような可能性を医療従事者は認識し、今後は患者個々の心身状況、その人が置かれている環境（生活の場所、職員のかかわり等）、整備されつつある地域での資源を捉え直し、必要に応じて退院（地域移行）に向けた支援を行うような意識転換が必要となるであろう。
- 今回の事例調査では、個々の医療機関が組織全体の職員研修としてOTP（統合型地域精神科治療プログラム）を実践したり、退院（地域移行）に組織的に取り組む前段階として経営層がビジョンや運営方針を丁寧に説明し、組織ごとにその浸透のための研修を行ったり、職員がグループホームや日中活動に出向き地域生活の具体的なイメージをもつといった取り組みが行われていることを報告した。

1.2.2 高齢入院患者のエンパワメント

- 医療従事者が意識を転換し、改めて患者や家族に対して「今後どのように暮らしたいか」を聞いたとしよう。入院期間が長期化した高齢患者やその家族は「今のままの入院生活でよい」と答えるかもしれない。しかし、それは今までそのような質問を受けたことがないための「戸惑い」からくる返答であるかもしれない。長期に安定していた生活環境（入院生活）が変わることを嫌うからかもしれない。新しい環境に適応する能力の低下した統合失調症の患者においては、強い不安からくる当然予想される回答で有るかもしれない。若年発症の患者においては、入院生活以外の経験が少ないために、他の暮らしがイメージできなかいという可能性もある。入院患者や職員以外の人間関係を気づいていない患者においては特に、相手や周囲の環境に遠慮しているという可能性もある。それらに配慮したうえで職員が丁寧に地域での生活について説明を行えば、潜在していたニーズを引き出せるかもしれない。
- そこで、退院（地域移行）を進めるにあたっては、患者本人が「こんな風に暮らしたい」と願いを持ち、それを言葉に表現したり、その願いの実現のために何かを頑張ってみるといような意欲と自律心を引き出すこと（エンパワメント）も必要かもしれない。そのための情報提供、体験的な退院訓練も有効な手段となるであろう。
- 今回の事例調査では、患者向けに退院に向けて段階を踏んで地域生活に関する情報やスキルを習得するプログラムについて調査した。例えば、PS ミーティングにおける患者治療への積極的な関与、買い物の仕方・電車の乗り方指導等、先に地域移行した患者仲間から具体的な地域での暮らしぶりを聞くなどの活動が行われていた。これらを通じて、地域生活のイメージを持ちやすくし、地域生活への不安軽減を促進する取り組みが行われており、有効に作用していた。

1.2.3 ケアマネジメントプロセスにそった高齢入院患者の支援方策の検討

- 高齢入院患者が希望する地域での生活についての情報収集を行い、ニーズを引き出せたら、次の段階として、医療従事者は、それを実現するため患者個人のニーズに対応するべく個別に環境を整える必要がある。環境を整えるためには、個々の職員による思いつきの取り組みではなく、職員相互が連携し、情報交換と環境整備に必要な社会資源・支援者確保に努めながら計画を立てることが重要である。そのためには医療機関内部のみならず、外部の公的、民間を問わず地域支援を実施している期間との連携も不可欠である。
- そこで、退院（地域移行）を進めるにあたっては、患者の自己選択・自己決定を尊重しながら、多職種の連携の下で、専門的な視点から多面的に現状を分析した上で、患者の状態の変化に応じて迅速かつ適切な支援ができるよう具体的な目標設定や支援方法に関する計画を立て、実践し、振り返って計画を見直すというケアマネジメントプロセスにそった支援の展開が必要である。ケアマネジメントはあくまで患者のニーズに基づく個別的なもので無ければならないが、個々の専門職のアセスメント、判断も尊重されるべきである。
- 今回の事例調査では、高齢入院患者の退院可能性を探るために独自のプロトコル・マニュアル・情報記載様式を作成し、医療従事者全員による再アセスメントを実施したり、早期に退院時期・退院先を明確にした退院支援・地域連携クリティカルパスを作成するといった取り組みが行われ、いずれも有効に作用していた。しかし、これに要する労力と時間は膨大な物であり、一方それに対しての診療報酬などの経済的な支えには乏しい。今後地域移行を本気で勧めるつもりで有れば、経済的な支えを行えるような政策的な転換が必須であると思われる。

1.2.4 医療機関内部での多職種協働体制の構築

- 高齢入院患者が希望する暮らしを実現するためには、原因となる疾患についての治療（医療）のみでは不足である。医療、保健、福祉、就労、住宅等の様々な領域における患者の不安に応え、適時適切な生活支援を行うことが必要である。患者の能力によっては、患者本人だけでなく、家族等への支援が必要なケースもある。また地域の外部の機関の支援も必要となるであろう。医療機関自らが行う訪問看護などの地域での医療活動も不可欠であることは言うまでもない。
- そこで、退院（地域移行）を進めるにあたっては、医師、看護師、保健師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、栄養士、ソーシャルワーカー等、患者を取り巻く多職種が協働して取り組みを進める必要がある。
- 事例調査では、PSW等を基準以上に配置した支援チームで支援を進めたり、電子カルテを導入して一人の患者をめぐる多職種の動きが相互にオンタイムで情報できる仕組みをつくらせたり、実践的なチーム医療を推進するためのマニュアルを作成し、各専門職が担うべき役割や習得すべきスキルを整理するといった取り組みが行われ、いずれも有効に作用していた。

1.2.5 地域生活支援を進めるための社会資源の改善・開発

- 高齢入院患者が安定した地域生活を送るためには、医療面での日常的・継続的な支援のほか、日常生活における介護等の支援、日中活動の場等、患者の生活を支える様々な医療・保健・福祉のサービスが求められる。
- そこで、退院（地域移行）を進めるにあたっては、患者の心身の状況と退院後の暮らし方に合わせ、地域生活を支える社会資源を確保する必要がある。地域での社会資源のサービスの無いところでは地域移行は不可能である。
- 事例調査では、以下のような取り組みが行われていた。
 - ①地域関係機関（介護保険施設、障害福祉サービス事業所等）との連携強化：症状悪化時等の電話相談、随時 MSW が訪問して退院後の状況をフォロー等、定期的に地域の関係機関と連絡会議を開催し「顔の見える関係」を維持している。
 - ②社会資源の自己開発：居住の場としてのグループホーム、介護老人保健施設、日中活動の場としてのデイケア、就労支援事業所、地域生活を支えるための外来サテライト診療所、精神科訪問看護、訪問介護等のサービスを医療機関自らが提供している。
- 精神障害者、精神疾患に対する地域の正しい理解の促進が依然不十分で地域移行を阻んでおり、また医療機関が精神医療保健の最もメジャーな担い手である現状においては、退院（地域移行）を進めるには、医療機関自らが、経営上負担になっても自ら社会資源を整備せざるを得ない状況が続いてきた。今後は地域での支援活動に対しての偏見を解消し、地域で受け入れが容易になるような活動を政府が積極的に行う必要がある。なお、医療機関が社会資源の自己開発を行うことは、「医療機関の抱え込みである」との批判もあるが、新しい社会資源の運営について中立・公平性が確保されれば、医療機関によるこのような取り組みについては適正に評価されるようになる。
- また、今回の事例調査では指摘がなかったが、障害者が地域で暮らすための社会資源の改善・開発においては、地域で関係機関の有機的な連携を構築するための中核組織となる地域自立支援協議会等に医療機関も積極的に参画し、ネットワークづくりに努めることが期待される。

1.3 統合失調症の高齢入院患者退院後の医療機関の運営方策

1.3.1 調査結果まとめ

- 今まで、精神科病院において統合失調症の入院医療は、最も重要な柱であった。
- そもそも、入院件数で見ても統合失調症が多く、これらの患者の入院の長期化に伴い、述べ入院日数でも統合失調症が圧倒的に多くの割合を占めるようになり、病院の収入も多くは統合失調症から得られるような構造が続いていた。統合失調症の高齢入院患者が退院した後も、精神科医療機関がその有する建物や人材を有効活用して安定的な運営を続けるために、事例調査の対象となった医療機関では、以下のような事業転換が行われ、いずれも有効に作用していた。

- ① 入院医療の救急・急性期への重点化
- ② 認知症等、新たな課題となっている疾患への対応
- ③ 地域での生活を支えるための精神科医療（外来診療、デイケアなどのリハビリテーション、訪問看護などのアウトリーチ）への転換と拡大

今回、調査した事例は全て成功事例である。その理由について分析を加える。

事業の転換を行い、新たなサービスの提供を開始し、入院病床数の削減を行い、高齢者の退院促進を実現した。これらの調査から事業転換（病床削減を含む）に必要な条件をまとめると以下ようになる。

- ① 昭和の病院整備時に建築した入院施設の老朽化に伴い、全面的な改築・改修が必要であったため、やむを得ず方策を講じたことが動機となっている事例があった。旧来の減価償却の終了した建築の廃棄に伴う損失は少なく、その一方で新しい建築に伴うサービス品質の大幅な向上が可能であり、建築を行う事のメリットが多かった。しかし近年に改築・改修を行っている医療機関は、建築費の返済金などが発生しており、新築、病院建築の一部閉鎖を必要とするような新たな事業転換への対応は困難である。
- ② 医療機関の機能転換を考える際に、地域に競合相手が少ないという条件のもと、救急入院料算定や介護保険施設開設など幅広い選択肢から転換方策を検討できた事例があった。すでに地域における役割分担、すみわけが終わっている場合は、これらの新設による事業転換は非常に困難である。また逆に、社会資源が不足している地域の場合には、医療機関単独の経営効率だけで選択肢を絞ることはできない。
- ③ 事業転換期には大規模な設備投資、あるいは資産として計上されている建築などの施設の利用休止により一定の期間（長ければ10年以上に亘る）な収支の悪化が生じる。借入金が少ない、資産を豊富に持つ、大規模であるなど経営体力がなければ、事業転換は困難である。

上に示すような条件がそろった上での成功事例であり、全国の精神科医療機関にそのまま援用できるものではないのではないかと懸念される。(全国の精神科医療機関の病床規模の適正化については、現在、本研究とは別の委員会において「精神障害者支援施設」等の論点整理を進めているため、今回取り上げた事例等もその議論の基礎資料として活用しつつ、今後の高齢精神障害者の生活の場のあり方について提案したい。)

1.3.2 将来への提言

高齢入院患者の地域移行が進み、結果的に病床数が適正になっていくためには、医療機関の相当の努力が必要である。現状では地域移行は医療機関の個別のエキストラの努力と経済的な多大な損失のリスク負担の上に載った極めて不安定なシステムに任されていると言わざるを得ない。

医療機関にとって地域移行に注力すれば明るい将来が見えるような仕組みが政策的に確保できれば、拡大する可能性は充分にある。ベルギーなど民間精神医療機関主体の国々でも既にその方向性に沿った政策変更が行われ成功している。日本でも地域移行を進めることで精神病院・地域の関係機関も精神障害者も Win-Win になる方策を検討すべきである。これには、以下のような事項が重要である。

- ① 全国的にみると、人口や社会資源の分布など各地で条件が異なるため、画一的な施策では、解決はできないであろう。地域性や医療機関の特性（規模、得意分野、患者の年齢・入院期間等）に配慮し、先進事例から抽出して複数のメニュー（方策）を提示し、医療機関の状況に応じて選択できるようにすることが望まれる。同一地域に多数の精神科医療機関が並立する大都市圏と、地域をただ一つの医療機関がカバーする僻地ではおのずとメニューは異なる。
- ② 「地域移行」の定義として、病棟・病床転換も含むこととするは、我が国では必須である。地価・建築費が高く、地域での偏見に基づく反対の強い我が国では地域の居住施設を整備することは困難であるばかりか、乏しい財源に対して多大な負荷となるであろう。高齢者の多くなった我が国では、30代40代の患者が居住施設に移動した他の先進諸国とは全く異なり、極めて医療密度ケア密度の高いホームが必要となるという特異性も、病棟・病床転換型の居住施設が求められる理由の一つである。病棟転換型の精神科版（老人）保健施設などの創設も、1つのメニューとして加えることも、良策と思われる。
- ③ 民間病院の自助努力に加え、公的な基盤整備が重要である。病床適正化に伴う（建物の改修、職員の配置転換等）については公的な支援をする制度の創設が必要である。補助金、低利での融資のみならず、病床買い上げについても検討すべき時期に来ている。
- ④ 長期入院していた病棟の顔見知りのスタッフは、地域生活を果たした患者にとっては、心を許せる大切な存在であり、この人材を有効活用することが望ましい。しかし、現行の看護師の病棟配置を重んじる診療報酬体系では、自由度が低く、有機的な活動の妨げとなっている。地域生活の実現には、地域での住居、訪問サービスとともに、信頼に基づく人間関係が重要であり、他科にない病棟体制と訪問系サービス等とが一体化した体系が望ましく、病棟スタッフを積極的に地域での訪問活動に参加できるようなフレキシブルな人員基準が必要である。

- ⑤ 統合失調症の高齢化し ADL,IADL の低下した患者の要介護度は、現状の介護度認定の基準では非常に低く判定されてしまうという問題がある。精神障害者は必要な在宅サービスを受けられず、地域で生活することが困難になることが懸念される。しかし、今の制度では介護保険が優先されるというルールがあるため、他のサービスを活用できない。自立支援法との併用を可能にする、もしくは、要介護認定における精神症状の評価の引き上げが必要である。
- ⑥ 高齢入院患者が地域で生活をはじめても、本人の ADL や IADL、そして身体合併症の問題は消失したわけではない。近年、地域で生活している精神障害者の合併症対応の不備による死亡例もあり、地域での一般科を含めた救急体制の確立が必須である。

高齢入院患者の地域移行には、多くの制度上の問題点と、経済的な条件が必要であることが明らかとなった。今後、このような目標を国の方針とするのであれば、退院促進にかかわるチーム医療やこれに関わるプロセスなどに対する評価を十分に行い、また、地域での受け皿となる居住系のサービスはもちろん、地域支援のためのさまざまなアウトリーチサービスの創造が必要である。さらに、国による社会資源の建築補助、規制緩和など徹底した経済的協力がなければなしえない問題であると思われる。

2 データからみた高齢入院患者の概況

2.1 日本精神科病院協会の会員調査、総合調査（患者動態調査）分析結果

2.1.1 分析の目的

平成 20 年患者調査によると、精神病床入院患者の約半数が 65 歳以上となるなど、精神科入院患者の高齢化の進展が著しい。今回の調査研究で対象とする統合失調症の患者について、高齢化の実態はどうなっているか、他の疾患と比べた特徴があるかを分析し、検討の基礎資料を得ることを目的とした。

2.1.2 分析対象データ

平成 16, 18, 20 年に日本精神科病院協会が実施した会員調査、総合調査（患者動態調査）に全て回答した会員施設 660 件を分析対象とした。

2.1.3 分析結果

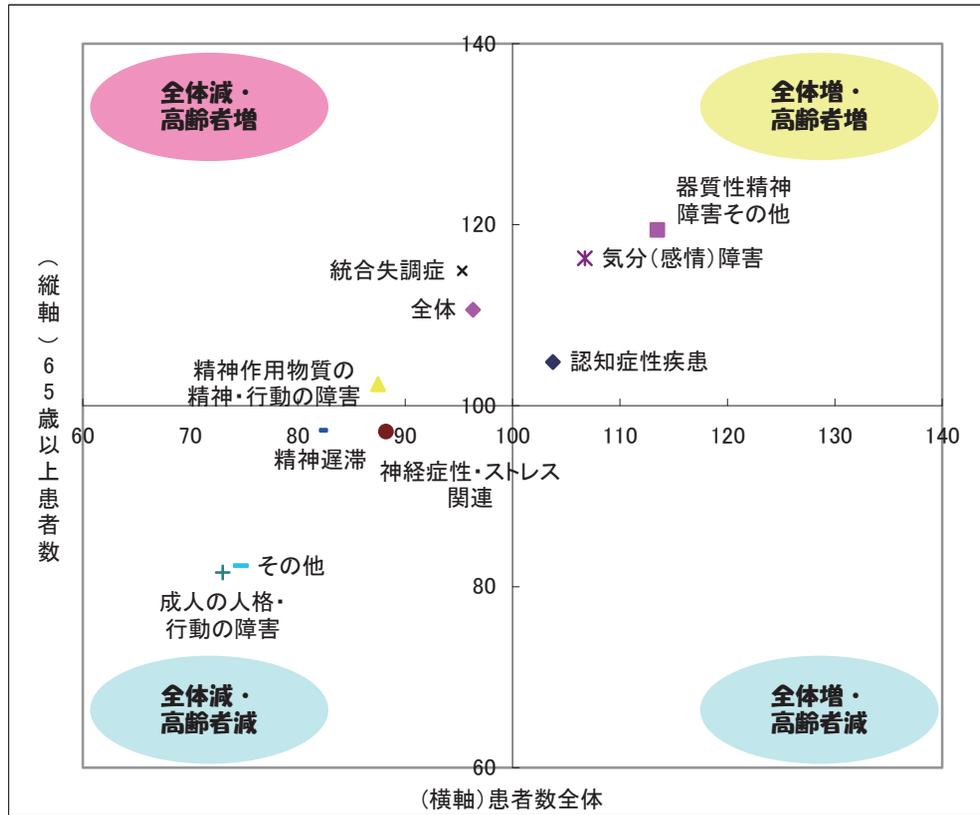
- 患者数（総数）の年次推移をみると、認知症性疾患、器質性精神障害その他、気分（感情）障害について、患者数が増加している。
- 患者数（65 歳以上）の年次推移をみると、患者数（総数）と同様、認知症性疾患、器質性精神障害その他、気分（感情）障害について、患者数が増加している。
- 今回の調査研究で対象とする統合失調症の患者数について年次推移をみると、患者数（総数）が減少している一方で、65 歳以上は実数として増加しているという特徴がある。
- また、いずれの疾患においても 65 歳以上患者比率が上昇しており、入院患者の高齢化傾向がみられるが、統合失調症については他の疾患に比べての 65 歳以上患者比率の上昇ポイントが高く、高齢化傾向が顕著である。

図表 1 患者数（総数・65歳以上）、65歳以上患者比率、病床数、平均在院日数

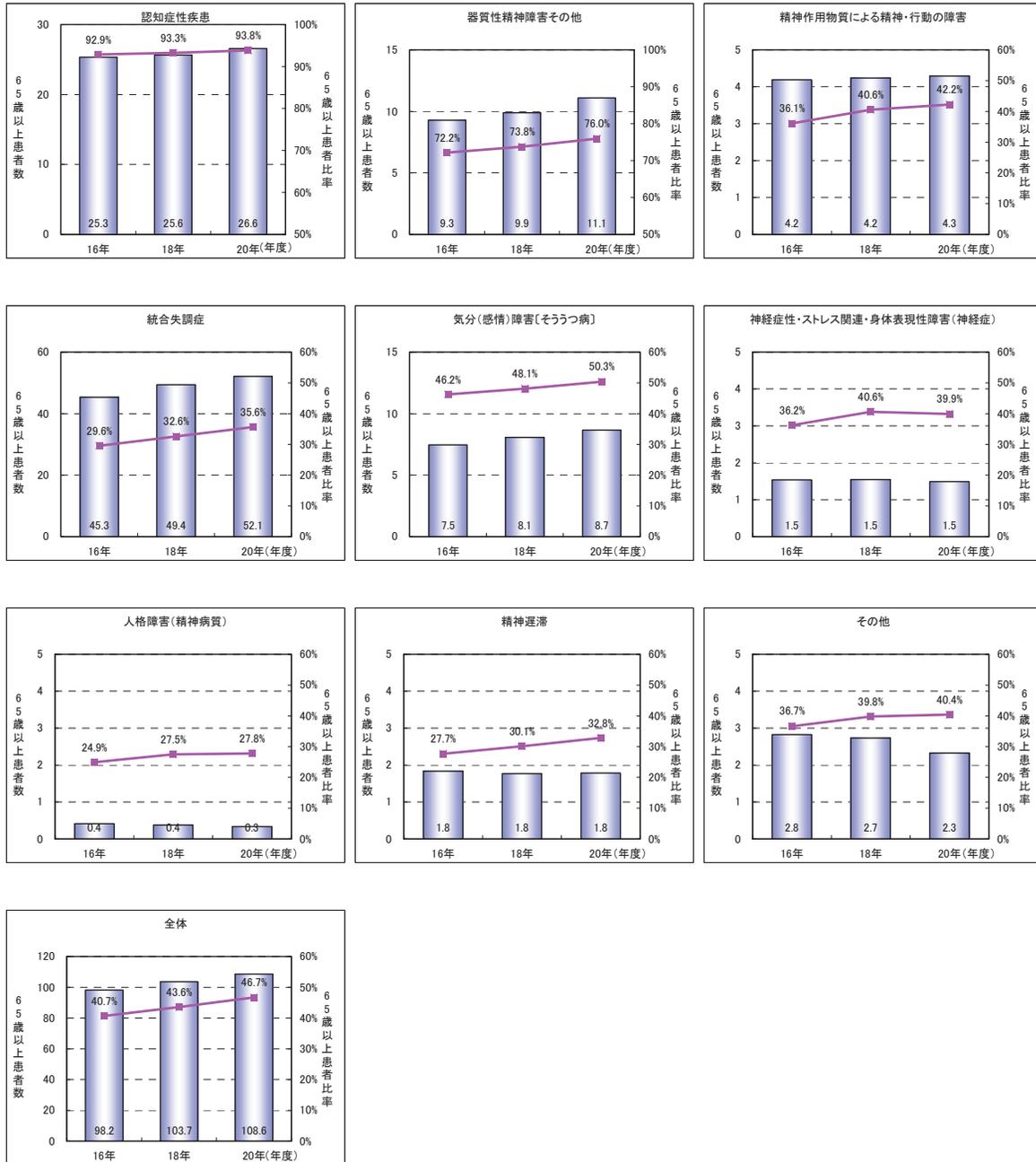
		16年	18年	20年	16年→20年 の増減
患者数(総数)①	認知症性疾患	27.3	27.5	28.3	1.0
	器質性精神障害その他	12.9	13.4	14.6	1.7
	精神作用物質による精神・行動の障害	11.6	10.4	10.2	-1.5
	統合失調症	153.3	151.6	146.1	-7.2
	気分(感情)障害〔そううつ病〕	16.1	16.8	17.2	1.1
	神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(神経症)	4.2	3.8	3.7	-0.5
	成人の人格及び行動の障害(人格障害(精神病質))	1.7	1.4	1.2	-0.4
	精神遅滞	6.6	5.9	5.4	-1.2
	その他	7.7	6.9	5.8	-2.0
	合計	241.4	237.7	232.5	-8.9
患者数(65歳以上)②	認知症性疾患	25.3	25.6	26.6	1.2
	器質性精神障害その他	9.3	9.9	11.1	1.8
	精神作用物質による精神・行動の障害	4.2	4.2	4.3	0.1
	統合失調症	45.3	49.4	52.1	6.8
	気分(感情)障害〔そううつ病〕	7.5	8.1	8.7	1.2
	神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(神経症)	1.5	1.5	1.5	0.0
	成人の人格及び行動の障害(人格障害(精神病質))	0.4	0.4	0.3	-0.1
	精神遅滞	1.8	1.8	1.8	0.0
	その他	2.8	2.7	2.3	-0.5
	合計	98.2	103.7	108.6	10.4
65歳以上患者比率〔②÷①〕	認知症性疾患	93%	93%	94%	1%
	器質性精神障害その他	72%	74%	76%	4%
	精神作用物質による精神・行動の障害	36%	41%	42%	6%
	統合失調症	30%	33%	36%	6%
	気分(感情)障害〔そううつ病〕	46%	48%	50%	4%
	神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(神経症)	36%	41%	40%	4%
	成人の人格及び行動の障害(人格障害(精神病質))	25%	28%	28%	3%
	精神遅滞	28%	30%	33%	5%
	その他	37%	40%	40%	4%
	合計	41%	44%	47%	6%
病床数		268.5	267.1	264.5	-3.9
	うち精神病床	256.0	254.9	252.2	-3.8
平均在院日数		598.3	555.9	534.6	-63.7
n		660			

※網掛けは、平成16年に比べ20年に増加している項目。

図表 2 平成 16 年を 100 とした場合の 20 年の患者数：疾患別



図表 3 65歳以上患者数、65歳以上患者比率の年次推移：疾患別



2.2 高齢精神障害者（入院患者）調査分析結果

2.2.1 分析の目的

前項の日本精神科病院協会の会員調査、総合調査（患者動態調査）でみたとおり、精神科入院患者のうち、今回の調査研究で対象とする統合失調症の患者については、高齢化傾向が顕著である。そこで、こうした高齢の統合失調症入院患者の心身の状態像等について、日本精神科病院協会が実施した平成 23 年度老人保健健康増進等事業「認知症患者と高齢精神障害者の施設サービスについて」の高齢精神障害者（入院患者）調査を特別集計し、検討の基礎資料を得ることを目的とした。

2.2.2 分析対象データ

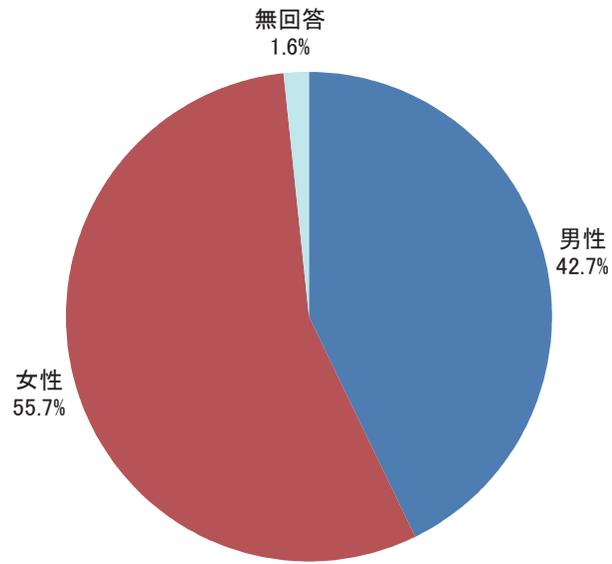
（全会員病院 1,213 病院を対象とし、誕生月が 3 月、6 月、9 月、12 月の全患者を抽出、回答のあった 551 病院の患者 12,589 人）

回答のあった 551 病院に入院している 65 歳以上の統合失調症患者 8,697 人を分析対象とした。

2.2.3 分析結果

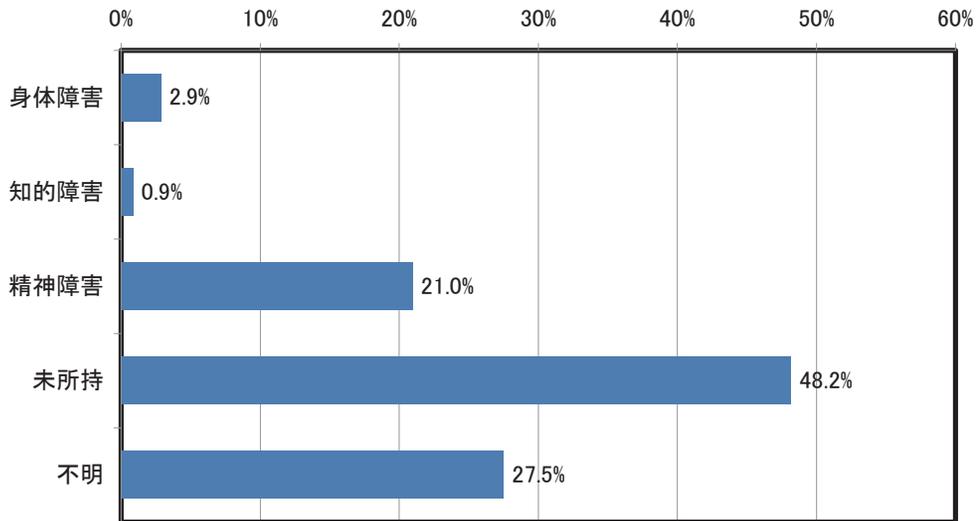
- 平均年齢は 72.8 歳、性別は男性 42.7%、女性 55.7%である。
- 障害者手帳の所持状況をみると、未所持が 48.2%と最も多く、精神保健福祉手帳所持が 21%である。身体障害、知的障害の手帳所持は 5%以下である。
- ADL の状況をみると、いずれの項目も 4 割から 5 割は自立している。一方で、支援が必要なものについては、食事については、準備や見守りが必要な割合が高く、整容、更衣、トイレの使用については、直接的な支援を必要な割合が高くなっている。
- IADL の状況をみると、いずれの項目においても困難な者の割合が 8 割を占めている。特に、食事の用意、金銭管理、薬の管理、交通手段の利用については「非常に困難」とする割合が 6 割を超えている。
- 入院期間をみると、10 年以上の長期入院者が 8 割を超えている。
- 退院できない理由をみると、治療中断が予測される、家族が退院に不安を持っている、家族の理解がない、現実認識が乏しい、精神症状への対応が難しく、介護保険施設に入所できないといった理由をあげた割合が高い。

図表 4 性別



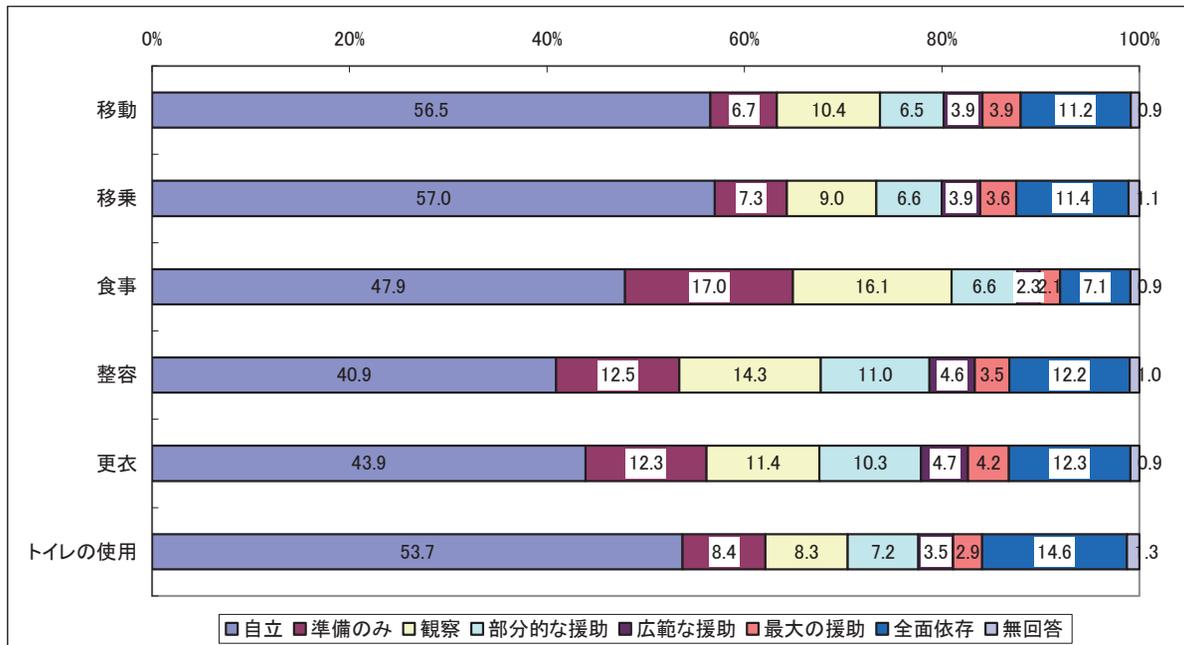
03 性別

図表 5 障害者手帳の所持状況

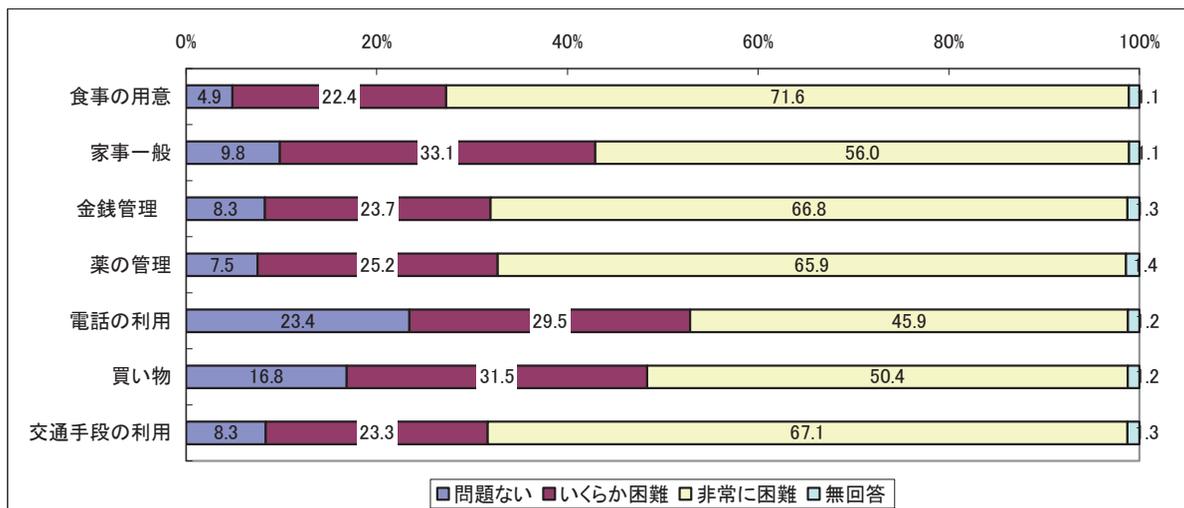


04 障害者手帳

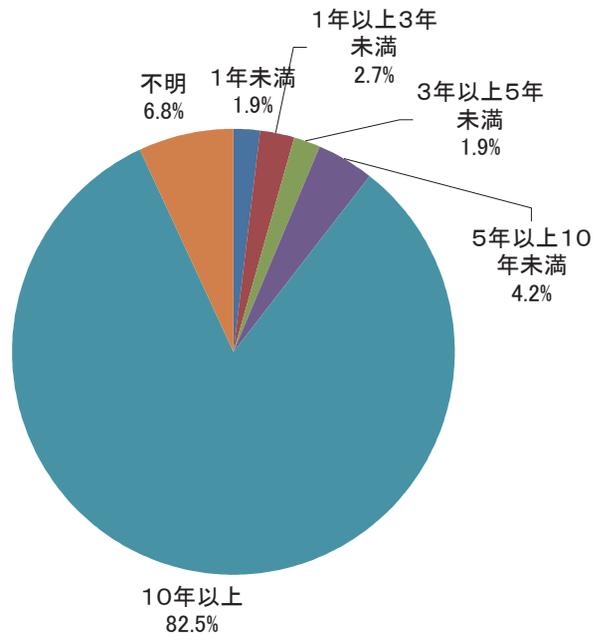
図表 6 ADL の状況



図表 7 IADL の状況

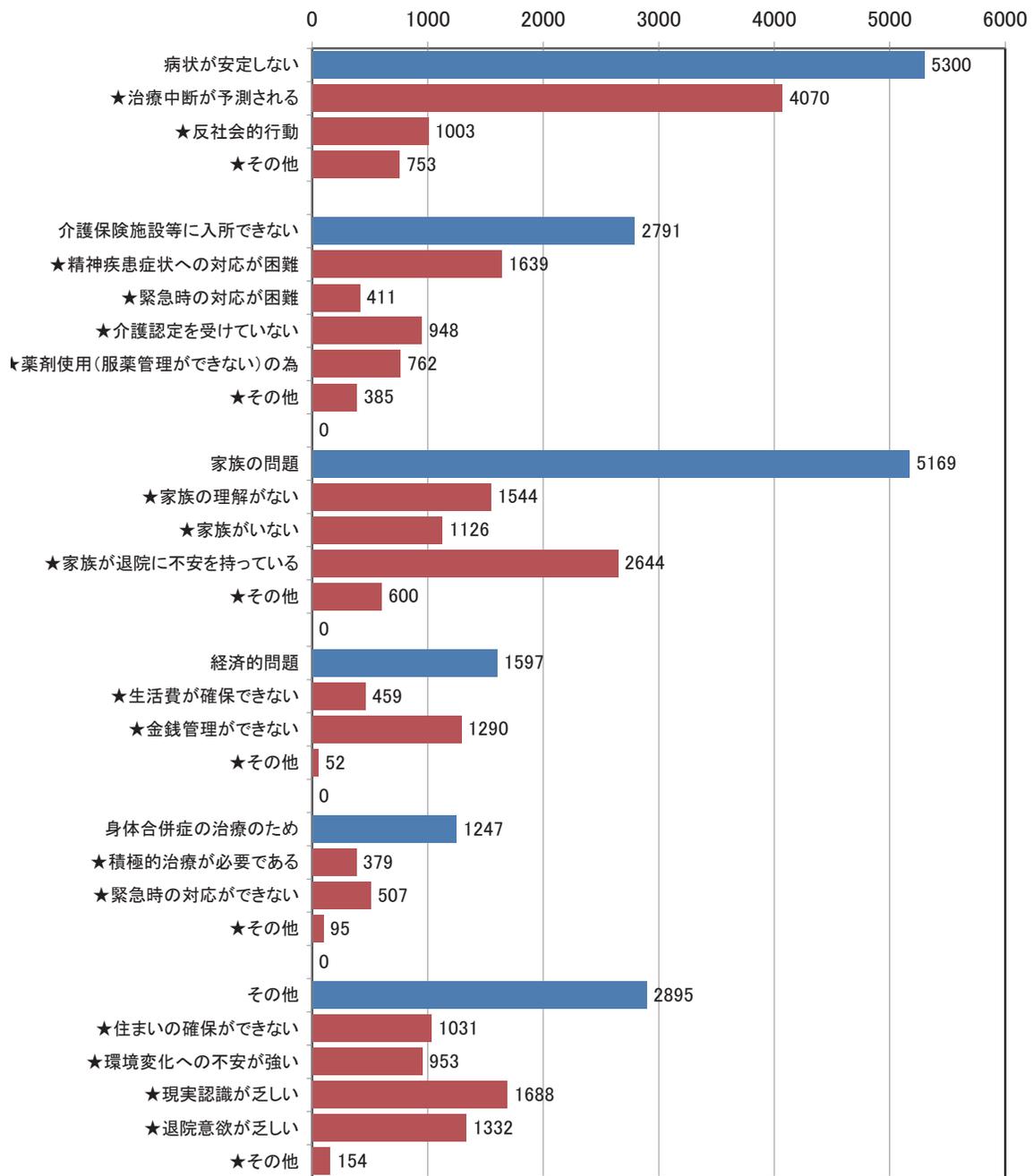


図表 8 入院期間



09 発病からの期間

図表 9 退院できない理由



11 退院できない理由

調査先医療機関

本調査でヒアリングを実施した医療機関は以下のとおりです。

No	訪問日時	調査先
1	2010年10月26日	あさかホスピタル（福島県郡山市安積町笹川字経坦 45）
2	2010年11月29日	国分病院（大阪府柏原市旭ヶ丘 4丁目 672 番地）
3	2010年12月6日	一本松すずかけ病院（福岡県田川市大字夏吉 142 番地）
4	2010年12月14日	下市病院（奈良県吉野郡下市町阿知賀 622）
5	2010年12月20日	大泉病院（東京都練馬区大泉学園町 6-9-1）

調査票の留意事項

- ・ ヒアリング実施のさいの面談者の方々の氏名は個人情報保護のため未記載としました。
- ・ ヒアリング調査時に未公表な情報は、空白としてあります。

3-1 あさかホスピタル（福島県郡山市）ヒアリング調査結果

訪問日時	2010年10月26日(火) 14:20～16:00
訪問場所	あさかホスピタル（福島県郡山市安積町笹川字経垣 45） （同時訪問施設） ・NPO 法人アイ・キャン（パン工房（フョーブョーノ）、就労指導室等） ・共同住宅「ささがわヴィレッジ」等2箇所 ・介護付き有料老人ホーム「カーサ・ヴェッキオ」
出席者	非公開
概況	<ul style="list-style-type: none"> ・あさかホスピタルでは、2002年3月末に、慢性期のリハビリテーションを目的とした102床の開放型病院（分院）であるささがわホスピタル（102床）を閉院した。 ・閉院後の対応の第一段階として、NPO法人を設立し、兵員後の病院の2,3階を改修して、NPO法人が運営する共同住居とし、生活の物理的な場所は変えないまま、NPO法人の生活支援、本院の訪問看護、デイナイトケアがチームとして統合的な支援を行った。 ・第二段階として、共同住居で生活していたメンバーに、より個別のケアマネジメントを実施し、各メンバーの自己実現に向け、デイケアセンター「イルマーレ」の協力により、自立支援法による居住・生活支援を中心に19ヶ所に分散した地域生活の実現を支援した。 ・取り組みのポイントは、OTPの継続的な実践、閉院した病院単体ではなく法人としての総合的な取り組みがあったことである。
提供資料	<ul style="list-style-type: none"> ・あさかホスピタル パンフレット ・「こころの手帖」 さくまメンタルクリニック ・NPO法人アイ・キャン パンフレット

【総括】

慢性期のリハビリテーションを目的とした102床の開放型病院（分院）を閉院するにあたって、在院患者の地域移行を図ったケースである。

「ささがわプロジェクト」と名付けられたこの試みは、その前段階として、病院全体としての、統合型地域精神科治療プログラム（Optimal Treatment Project OTP）の実践が行われていたことを抜きには考えられない。全職員を対象とした研修会が行われ、この理念が浸透する中から、地域移行に対する機運が生まれ、また同時期に分院の老朽化に伴い、改修しての存続か、機能転換を図るかが課題となったのである。

プロジェクトは、大きく二つの段階に分けられる。第一段階においては、NPO 法人が設立され、閉院後の建物の一部を改修して、NPO 法人が運営する共同住居とし、NPO 法人の提供する生活支援、本院からの訪問看護やデイナイトケアが全体のチームとして統合的支援を目指した。第二段階としては、共同住居に生活していたメンバーにより個別的なケアマネジメントを実施し、各メンバーの自己実現に向け、デイケアセンターの協力により、自立支援法による居住・生活支援を中心に地域の中に分散した（19ヵ所）地域生活の実現を支援した。また、デイケアセンターで行ってきた就労訓練を、NPO 法人の就労移行・就労継続支援、更に他の社会資源や実際の企業での就労場面まで、多面的な就労支援を実施した。

同プロジェクトメンバーの転帰は、対象となった統合失調症の78名のうち、その後入院となった13名、死亡5名以外の60名が、グループホームでの40名をはじめとして、何らかの形で地域移行を果たしている。

同プロジェクトの経済分析については、病院として運営していた時期に比べて、プロジェクトにおける収入、支出はともに規模が縮小したかたちで均衡していて、法人全体でみると大きな変化はない。

同プロジェクトにおいては、既存の建物を改修することによって、地域移行の取り組みが可能となったが、新たな施設を建設して実施することは、経営的に困難と思われる。さらに今後に残された問題としては、加齢に伴う身体合併症等により現在のサービス利用が困難となった際の代替サービスが不足していることが挙げられ、精神障害者の高齢化に対応できる制度や施設の整備が望まれる。また、地域生活を「チーム」で支援することに対する報酬面での評価がなされていない点や、施設等の「箱」ではなく、地域に生活する障害者ひとりひとりに対する支援を個別に評価する体系の導入が望まれる。

1. 病院の基本情報

経営主体	医療法人
開設年	1963年3月
概況	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数：12病棟、571床 ・診療科目：総合心療科（精神科・心療内科）／内科／神経内科／脳神経外科／放射線科／歯科／小児歯科／矯正歯科 ・急性期、回復期、老年期、地域、外来の5つのエリアに機能分化。
所在地域の特性、地域における病院の位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・福島県郡山市の人口は約34万人、郡山市を中心とする福島県中医療圏は人口55万人で、精神科病床数は約2,000床、精神科病院が5ヶ所ある。 ・県中圏域では、郡山市に社会資源が集中しており、社会資源が全くない市町村もある。

2. 病床数適正化の取り組み概要

(1) 病床数適正化に取り組んだきっかけ

■ O T P の実践

- ・病院として従来から、O T P（Optimal Treatment Project：統合型地域精神科治療プログラム）を実践している。（全職員向けの研修会を開催し、2010年12月現在★人が修了）
- ・職員にこの理念が浸透する中で、慢性期のリハビリテーションを目的とした102床の開放型病院（分院）である「ささがわホスピタル」のあり方を考える機運が出てきた。（病識なく作業療法をしながら開放病棟で生活する患者にとって、必ずしも生活の場の枠組みが病院である必要はないのではないか）

■ 病院施設の老朽化

- ・同時期に、「ささがわホスピタル」の老朽化に伴い、改修して病院として存続するか、機能転換を図るかが課題となり、病床数適正化の取り組みにつながった。

(2) 事業転換のコンセプト・成功要因等

■ O T P の実践

- ・回復期長期在院患者の退院支援について、O T P（Optimal Treatment Project：統合型地域精神科治療プログラム）に基づき、多くの専門職がチームを作って体系的に展開した。
- ・具体的には、「D-プロジェクト」（Dは、deinstitutionalization：脱施設化の意）と呼称し、O T Pを基本概念とした「E-カレッジ」「フレンドシップ」「退院地域支援室」の3ステップからなるシステムを立ち上げた。（詳細は後述）

■ 閉院した病院単体ではなく、法人としての総合的な取り組み

- ・「ささがわホスピタル」を病院から生活施設に転換するに当たり、患者の生活の質を維持するとともに、法人としての安定的な運営を確保するため、以下のような総合的な取り組みを行った。
 - ①本院でデイナイトケア・訪問看護を提供：ささがわホスピタルでなじみの看護師が異動し、支援の継続性を確保。

- ②生活費を保障できるよう低廉な利用料を設定：本人・家族の地域移行に伴う不安感を軽減。
- ③生活支援のためのNPO法人を立ち上げ：ささがわホスピタルでなじみのスタッフが病院から出向し、支援の継続性を確保。
- ④余剰スタッフを本院へ異動させ、本院の看護単位を3.5:1から3:1に転換：閉院による収益低下を勘案しても、法人全体の収支に問題がないよう配慮。

(3) 事業転換スケジュール

年月	取り組み内容
2000.4	ささがわプロジェクト検討 NPO 法人アイ・キャン 立ち上げ
2001.4	ささがわプロジェクトの意義、可能性の確認と経営分析の検討 OTP に基づく心理教育（主として疾病と薬に関して）
2001.10	ささがわプロジェクト会議発足（週 1 回） OTP に基づく退院、地域生活に向けたプログラム
2002.3	ささがわホスピタル閉院(102 床)
2002.4	NPO 法人アイ・キャン 共同住宅「ささがわヴィレッジ」開所 地域活動支援センター開所
	あさかホスピタル（本院） 精神科デイナイトケア開設 ウェル訪問看護ステーションによる訪問看護開始
2003.10	D-プロジェクト立ち上げ、E-カレッジ開始
2004.4	退院・地域支援室設置
2006.4	ささがわプロジェクト 2nd ステージの検討
2007.4	ささがわプロジェクト 2nd ステージの具体化（共同住宅「ささがわヴィレッジ」からの地域移行開始）
2007.12	「ささがわヴィレッジ」グループホーム・ケアホーム開所
2008.4	NPO 法人アイ・キャン移転（アリエテ開所）
2010.6	アリエテにパン工房「Buono Buono」オープン
2010.9	社会福祉法人安積福祉会 介護付き有料老人ホーム「カーサ・ヴェッキオ」開設

■1st ステージ：2002 年 3 月～2007 年（居抜き共同住居としてチーム支援）

- ・当初は、「ささがわホスピタル」の 2, 3 階を改修して、NPO 法人アイ・キャンが運営する共同住居「ささがわヴィレッジ」とし、生活の物理的な場所は変えなかった。
- ・この共同住居で集団生活を送り、NPO 法人の生活支援、本院の訪問看護、デイナイトケアがチームとして統合的な支援を行った。
- ・また、デイナイトケアでの就労訓練と NPO 法人での就労支援との連携を図った。

■2st ステージ：2007 年 4 月～（共同住居から地域へ移行）

- ・共同住居「ささがわヴィレッジ」で生活するメンバーに、より個別的なケアマネジメントを実施した。
- ・その結果を受けて、各メンバーの自己実現に向け、デイケアセンター「イルマーレ」の協力により、自立支援法による居住・生活支援を中心に 19 ヶ所に分散した地域生活の実現を支援した。
- ・デイケアセンターで行ってきた就労訓練を、NPO 法人の就労移行・就労継続支援、さらに他の社会資源や実際の企業での就労につなげ、多面的に就労支援を実施した。

(4) 病床数適正化前後の事業の概況

		2002年3月時点		2010年10月時点	
		病棟数	病床数	病棟数	病床数
病院	精神病床（一般病床）	1	102	0	0
		箇所数	定員	箇所数	定員
	ショートケア			1	
	デイケア	1		1	
	ナイトケア			1	
	デイナイトケア			1	
	生活訓練施設				
	福祉ホームB型 → A型	1	10		
	精神入所授産施設				
	精神通所授産施設				
	地域生活支援センター				
	共同住居			3	23
	グループホーム・ケアホーム(自立支援)			16	88
	日中活動事業所(自立支援)			2	40
	施設入所支援(自立支援)				
	ショートステイ				
	地域活動支援センター			1	
	認知症対応型共同生活介護				
	介護老人保健施設				
	介護老人福祉施設				
	ホームヘルプ(介護・障害)	1		1	
	訪問看護(介護・医療)	1		1	

3. 病床数適正化で地域移行に取り組んだ患者の概況

(1) 地域移行の対象者像（基本的な方針）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 2002年3月31日に「ささがわホスピタル」を閉院後、共同住居となった「ささがわヴィレッジ」に生活する患者94人中、統合失調症と診断された患者78人（男性51人、女性27人。文書で同意取得）。 ・ もともと「ささがわホスピタル」は本院からの地域移行に向けたステップとなる社会復帰病棟と位置づけていたため、入院患者の大半がそのまま地域移行の対象者となった。（ごく一部重度者は本院へ転院） ・ 平均年齢(退院時)：54.6(34-67)歳　〔男性:54.3(34-67)歳、女性:55.3(39-65)歳〕 ・ 平均在院期間：312.0ヶ月（26年）±122.7ヶ月（10.2年） ・ 平均発症年齢：23.1±5.9歳

(2) 病床数適正化前後の入院患者数

①病床数適正化前の入院患者数：2002年3月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患						
統合失調症					78人	
その他						
合計						

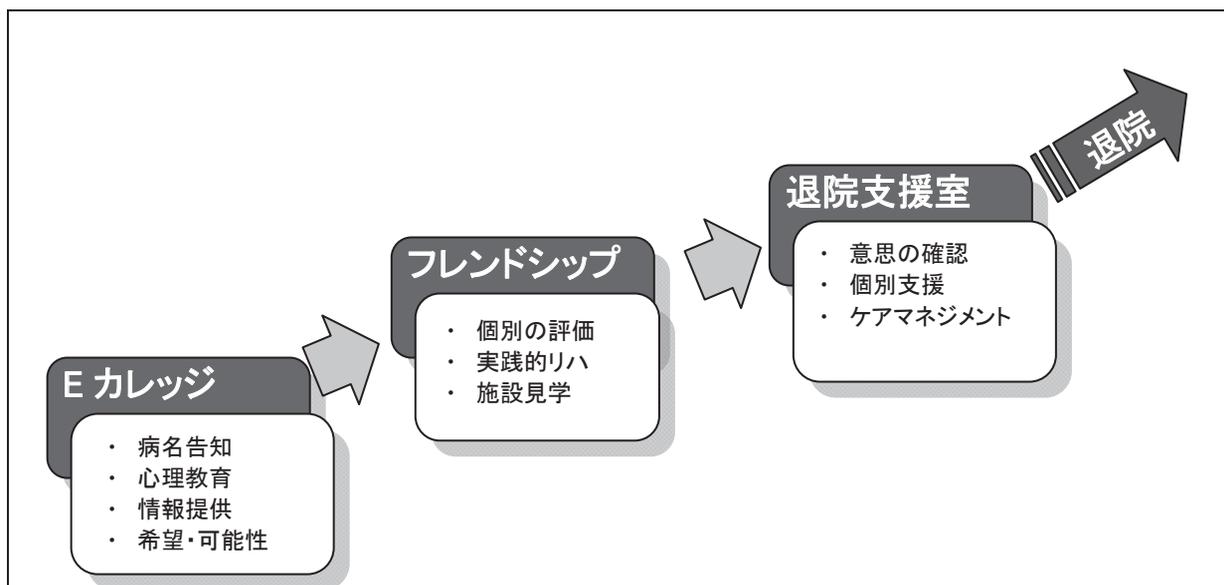
②退院患者の転帰

- ・本事例では、病院を閉院したため、現在の入院患者数は0人である。
- ・閉院時に退院した患者78人の転帰は以下のとおりである。(2010年4月現在)

	人数	%	備考
単身生活	5	6%	
グループホーム	40	51%	
ケアホーム	6	8%	
共同住居	5	6%	
家族同居	2	3%	
老人ホーム	2	3%	
入院中	13	17%	精神10人、身体3人
死亡	5	6%	病気3人、事故1人
合計	78	100%	

(3) 基本的な地域移行プロセス

<p>■第1期：2003年9月～12月（特定患者へのアプローチ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ側で設定した参加基準に該当する患者に対し、退院を目的としたOTPを用いたグループワークを3ヶ月間実施した。 ・しかし、普段の生活の中では長期入院患者に退院意欲はわからないし、長期の入院生活を送ることで意欲の低下もあり、スタッフ側から選定した患者に限定するのではなく、幅広い患者に対して「退院に向けた動機付け」を行うことが必要であるという結論に至った。 <p>■第2期：2004年1月～（患者全体へのアプローチからきめ細かな支援への段階的支援）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第1期の課題をふまえ、回復期長期在院患者の退院支援を「D-プロジェクト」（Dは、deinstitutionalization：脱施設化の意）と呼称し、OTPを基本概念とした「E-カレッジ」「フレンドシップ」「退院地域支援室」の3ステップからなるシステムを立ち上げた。



【STEP1：Eカレッジ(Empowerment,Education,Encouragement のE)】

目的	・患者たちに疾患や治療・社会資源などについて情報提供し、患者自身でよりよい生活を検討することの意識付けをする。
スタッフ	・講師は、医師、病棟看護師、作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士、栄養士が担当。 ・作業療法士と病棟スタッフで会場を準備し、看護師が記録。 ・週1回担当スタッフによるミーティング開催。
実施内容・形態	・精神科慢性期開放2病棟内で各病棟週1回、30分のセッションを公開講座形式(40～50人程度)で実施。 ・30回を1クールとし、疾病の理解、薬物療法など心理教育と地域生活に向けて必要な情報を検討し提供している。
対象者	・特に限定せず、自由参加。
効果	・入院患者の8割は参加しており、積極的な質問や意見が増えていった。 ・個人的な働きかけからはストレスを受けることが多いが、グループ勉強会への参加により、病棟の患者同士での日常会話にも講座の内容が話題になり、退院への動機付けにより効果をあげている。

↓対象者を絞り込んで

【STEP2：「フレンドシップ」】

目的	・当初は、E-カレッジで興味を持った参加者の個別フォローとして、その週のテーマの理解を深めたい人の質問に答える時間を取っていたが、情報提供にとどまり病棟生活の変化を促すことが難しかったため、目的を変更した。 ・現在の目的は以下の4点である。 ①心理教育による病状の理解 ②日常生活の満足度の向上 ③ニーズの掘り起こし ④単身生活に必要なスキル向上
スタッフ	・作業療法士、病棟看護師。 ・週1回E-カレッジミーティングでセッション内容の振り返りとケース検討を実施。

実施内容・ 形態	<ul style="list-style-type: none"> ・週1回1時間のセッション。 ・17回を1クールとし、3ヶ月間実施する。 ・病状の理解から日常生活について（栄養、金銭管理など）をテーマ設定してセッションを実施。次回までに病棟で実践する課題を設定し、病棟スタッフが患者のフォローに取り組んでいる。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・E-カレッジで興味を持ち、スタッフ内で必要性があると認めた方、フレンドシップの目的を理解された当事者6名の固定した小集団。

↓さらに対象者を絞り込んで

【STEP3：「退院（地域）支援室」】

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・長期入院からの退院、人権に配慮した社会復帰の促進、再発の予防、地域における生活支援への転換
スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ・退院予定者のニーズに応じて、多職種によるチームを編成 <ul style="list-style-type: none"> *医師：全体の治療方針の決定とスーパーバイズ、家族介入等 *看護師：人的配置のコーディネート、日常生活上の相談、服薬、金銭管理、家族介入に関するスーパーバイズ *精神保健福祉士：社会資源の配置、地域との連絡・調整、家族介入に関するスーパーバイズ *作業療法士：スキルのアセスメントとスキル獲得のための訓練に関するスーパーバイズ *薬剤師：服薬指導などに関するスーパーバイズ *栄養士：栄養管理、調理訓練についてのスーパーバイズ *地域における専門家：活動支援センター職員、行政担当者、訪問看護師、デイナイトケアスタッフ、デイケアスタッフ等
実施内容・ 形態	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の退院を目指す意思確認を経て、退院支援室に登録し、個別具体的な計画にそって退院支援を実施する。（実践的なリハビリテーションや施設等の見学、デイナイトケアへの体験参加、共同住居への外泊訓練等）
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・退院を目指す意思をもち、退院支援室に登録した者

・地域移行直後、3ヶ月程度は食事を運んだり、医師等も移行先に様子を見に行くなど、きめ細かくフォローを実施した。

(4) 高齢入院患者の地域移行に関する課題

身体合併症への 対応	<ul style="list-style-type: none"> ・生活環境が身体合併症に影響を与える点があるため、食事内容や服薬方法等事前に留意すべき点を整理するとともに、状態悪化時の把握方法や緊急時のサポート体制を確立した。 ・地域支援機関との情報共有が重要である。
ADL低下への 対応	<ul style="list-style-type: none"> ・どのような支援が必要かを把握するため、体験入所等を取り入れ、ADL面を補う支援を行う。 ・地域生活移行後の、実生活の状況を評価し、適宜スタッフ等の再配置を行う。
関係機関との 連携	<ul style="list-style-type: none"> ・医療と生活支援で総合的なチームを編成し、支援を行っている。

その他	<ul style="list-style-type: none"> ・共同住居「ささがわヴィレッジ」を廃止して全員が地域移行したが、今後、患者が高齢化した場合には、再度、身体介護や生活支援を提供する中間的な施設（老健の精神版のようなもの）が必要になる時期がくるのではないかと。 ・現在も介護保険施設への入居申込みをしているケースはあるが、実質的には入所困難である。 ・養護老人ホームや居住費を自己負担してもらった高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム等、集団で居住する場が必要となる。→これを見越して、法人として、老朽化した特養を低額で入居できる有料老人ホームに転換した。（入居実績はなし）
-----	---

(5) 高齢入院患者の地域移行事例

<p>(70代、女性、統合失調症の事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ささがわホスピタルに10年以上入院。 ・2002年4月より、共同住居「ささがわヴィレッジ」で、デイナイトケアへの通所、訪問看護を利用して生活し、地域生活支援センターの喫茶店での仕事に従事するなどしていた。 ・2007年に、共同住宅「ささがわヴィレッジ」からグループホームへ地域移行した。その後、高齢による変形性膝関節炎により人工関節の手術を受けた結果、膝痛も収まり、歩行に自信を持った。 ・「人生で一度は1人暮らしをしてみたい」という本人の希望もあり、2010年からアパートでの一人暮らしを始める。単身生活開始直後は始めての家電製品の使い方に戸惑うこと等もあったが、徐々に慣れ、生活を楽しんでいる。
--

4. 職員体制の変化

(1) 病床数適正化前後の職員体制の変化

	ささがわ ホスピタル ①	閉院後					増減 ②-①
		②	訪問看護	デイナイト	アイキャン	ささがわ ヴィレッジ	
医師	3	2	0	2	0	0	-1
OT	2	2	0	2	0	0	0
看護	28	12	3	5	1	3	-16
薬局	1	0	0	0	0	0	-1
栄養士	1	1	0	1	0	0	0
調理師	5	0	0	0	0	0	-5
事務	3	4	0	1	2	1	1
PSW	1	2	0	0	2	0	1
心理	0	1	0	1	0	0	1
施設	1	0	0	0	0	0	-1
CW	0	1	0	1	0	0	1
その他	0	1	0	0	0	1	1
合計	45	26	3	13	5	5	-19

※減員分は本院へ配置転換。

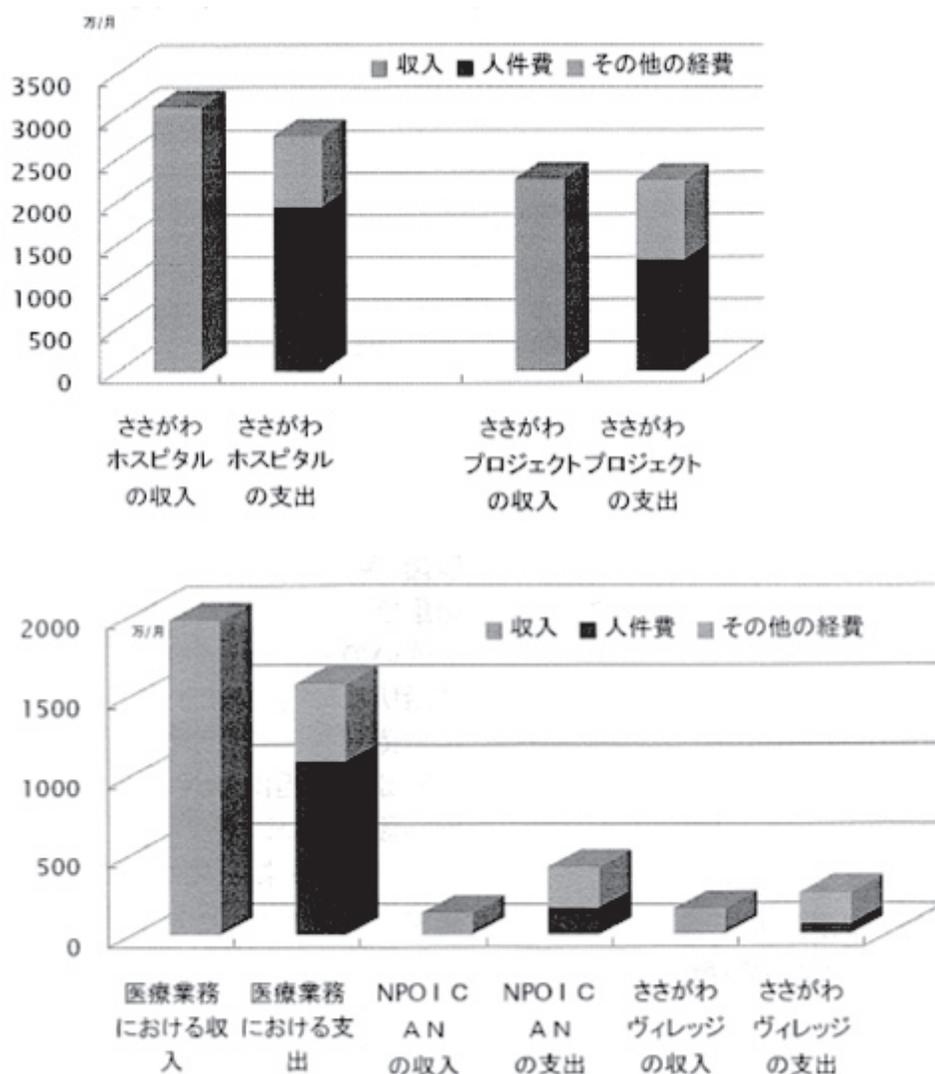
(2) 体制変化に伴う職員フォローの実施

- ・サービス提供の枠にとらわれず、デイナイトケアで手の空いたスタッフが自宅を訪問して暮らしの現場を見たとうえでデイナイトケアの支援に活かしたり、職員を病院と地域生活支援の各種事業所でローテーションさせることで、利用者の地域生活を包括的・継続的に捉える視点を育成するよう配慮している。
- ・OTPの理念を職員の共通認識とし、実践的なチーム医療を推進するための、マニュアルを作成し、各専門職が担うべき役割、習得すべきスキルを整理している。

5. 収支状況の変化

(1) 病床数適正化前後の事業活動収支の変化

- ・法人全体でみると、収支状況に大きな変化はない。



出典：「あさかホスピタルにおける地域展開の現状と課題」 佐久間啓、日精協事務局支給の講演資料

(2) 病床数適正化後の収支状況の維持・改善方策

- ・余剰スタッフを本院へ異動させ、本院の看護単位を3.5:1から3:1に転換することで閉院による収益低下を勘案しても、法人全体の収支に問題がないよう工夫した。

- ・当初、NPO 法人アイ・キャンは独立採算を取れなかったため、本院から補填を行ったが、自立支援法の施行により収入基盤を得たため、現在は独立採算が取れている。

(3) 病床数適正化の際に活用した財源

- ・特になし。

6. 病床数適正化で生じた既存の建築物の改築・改修

- ・ささがわホスピタル閉院時に、1階を精神障害者地域生活支援センター、2,3階を共同住宅ささがわヴィレッジに、2,3階のナースステーションは、調理室に改修した。
- ・その後、支援センターは新築移転、共同住宅ささがわヴィレッジの入居者の地域移行が完了したため、2008年4月にささがわホスピタルの建物は取り壊した。
- ・既存の病棟を改修すれば地域移行の取り組みは可能だが、地域移行に向けて新たな施設を建設することは経営上困難と思われる。

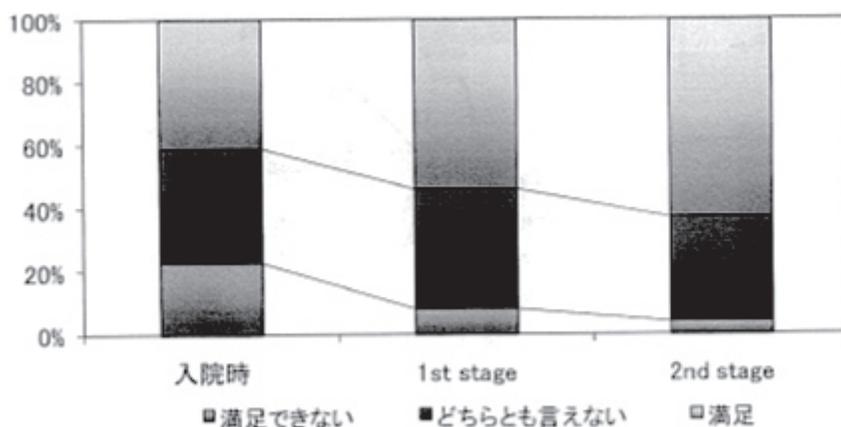
7. その他

(1) 高齢入院患者の地域移行に伴う病床数適正化に組み込みの影響

① プラス面

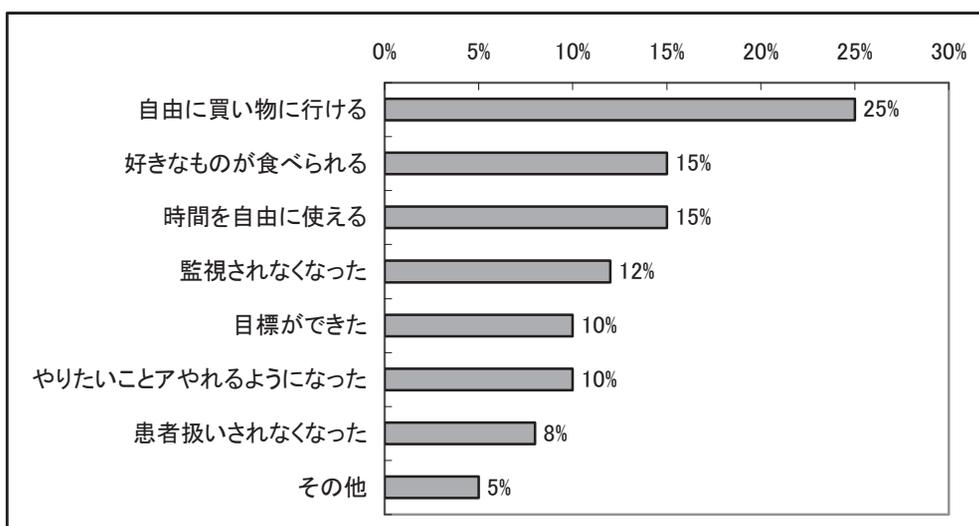
■ 患者にとって

- ・物理的な場所が変わらないが、共同住居になったことで、野球を見に行きたい、居酒屋にお酒を飲みに行きたい、アパートに引っ越した友達のところに遊びに行きたい等、様々な希望が出るようになり、生活の幅が広がった。
- ・また、「自分の部屋があるのでプライバシーがあってとても嬉しい」という声も多く聞かれている。
- ・アンケート調査による生活に対する満足度は、地域移行の段階を追うに従って確実に向上している。



出典：「あさかホスピタルにおける地域展開の現状と課題」 佐久間啓、日精協事務局支給の講演資料

・アンケート調査による退院してよかったことは以下のとおりである。



出典：「あさかホスピタルにおける地域展開の現状と課題」 佐久間啓、日精協事務局支給の講演資料

■家族にとって

- ・スタッフから、医療と生活面での支援が変わることはないという丁寧な説明を行い、実際患者の生活の幅の広がりを見ると、入院中よりも家族からの協力や支援を受けやすくなり、全面的に依存しないことからよい関係が築けるようになった。

■スタッフにとって

- ・本来やりたい仕事ができている「充実感」が持てるようになった。
- ・モチベーションを高められるよう、どのような成果が上がっているかを客観的な根拠として積み上げるとともに、各専門職がどのような役割を担うか、会議で協議し、教育的な視点からのトレーニングを重ねている。

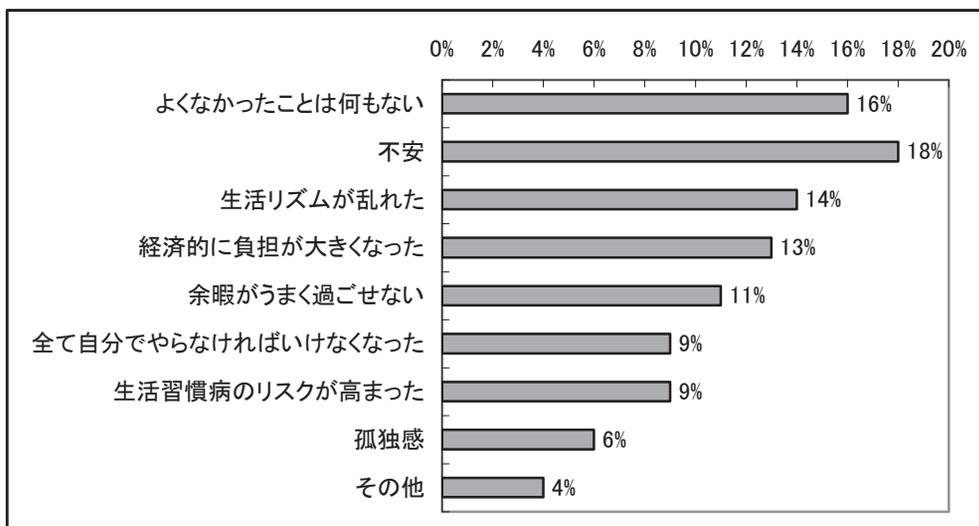
■地域住民にとって

- ・精神障害者が地域で暮らす様子を身近に見ることで、啓発につながっている。(民生委員やグループホームメンバーで毎年シンポジウムを開催する等の取り組みとも連動)

② マイナス面

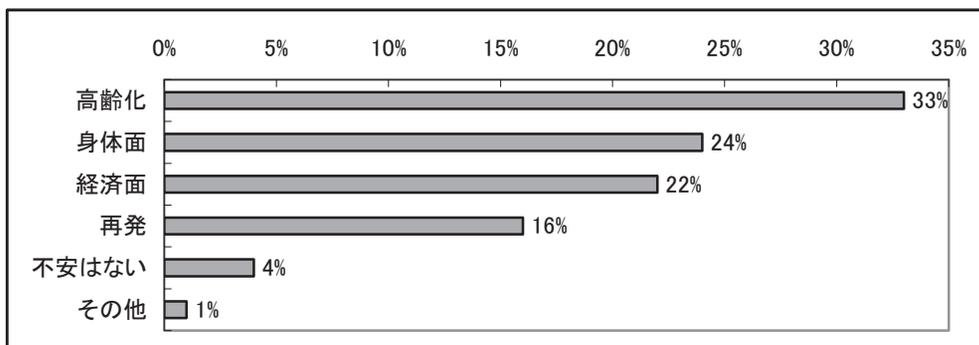
■ 患者にとって

- ・アンケート調査による退院してよくなかったことは以下のとおりである。



出典：「あさかホスピタルにおける地域展開の現状と課題」 佐久間啓、日精協事務局支給の講演資料

- ・アンケート調査による今後の生活において不安なことの一番は「高齢化」である。



出典：「あさかホスピタルにおける地域展開の現状と課題」 佐久間啓、日精協事務局支給の講演資料

■ 家族にとって

- ・当初は、閉院により何かあったときの居場所がなくなるのではないかと、経済的負担が増えるのではないかと不安があった。

(2) 病院としての今後の展開

(3) その他自由意見

- ・加齢に伴う疾患等により現在のサービス利用が困難となった際の代替サービスが不足している。
(ケアホームの継続利用、要支援以上の認定を受けた際の住まい、特養の入所が難しい点等)
このため、精神障害者の高齢化に対応できる制度、施設の整備が望まれる。
- ・地域生活を「チーム」で支援することに対する報酬上の評価を検討すべき。
- ・施設等の「箱」ではなく、地域に生活する障害者一人ひとりがいる場を個別に評価する仕組み

を検討すべき。(例：デイケア＋訪問看護＋ケア会議ではなく、対象サービスの策定たとえばケア会議等への点数化も考えられる。

【参考資料】

- ・「退院促進と地域移行支援のこれまでとこれから」 今泉他、日精協誌 第27巻、第9号 2008年9月
- ・「ささがわプロジェクト6年間の経過から統合型地域治療システムを考える」佐久間啓、第104回日本精神神経科学会総会 シンポジウム、精神経誌(2009) 111巻3号
- ・「あさかホスピタルにおける地域展開の現状と課題」 佐久間啓、日精協事務局支給の講演資料
以上

3-2 国分病院（大阪府柏原市）ヒアリング調査結果

訪問日時	2010年11月29日(月) 14:20～16:00
訪問場所	国分病院（大阪府柏原市旭ヶ丘4丁目672番地）
出席者	非公開
概況	
提供資料	・特になし。

【総括】

精神科急性期医療の地域のニーズがあり、慢性期医療から急性期医療に転換し、入院患者を地域に移行させて経営的に赤字にならなかったケースの病院で有る。

精神科急性期医療の地域のニーズを背景に、病床削減を条件とする補助金(医療施設近代化施設整備事業)により、病棟整備が行われ、精神科救急入院料が算定可能となった。病床削減は、当然収益は、減少するので、そのカバーとして精神科救急病棟を新設した。高齢入院患者の地域移行先は、国分病院の老人保健施設、認知対応型グループホームが既に開設されており、そちらに移行させることが可能であった。また、それとは別に自立支援法における「グループホーム」を開設し、デイケアとグループホームの運営を実施している。

既に地域移行の受け皿があり、移行に成功しているが、「病院抱え込み」という課題がある。しかし、「病院抱え込み」には、理由があり、他の施設が、精神疾患の患者の受け入れ拒否、及び精神疾患特有の性格から「病院抱え込み」にならざる得ない状況があることは、重要である。

病院の基本情報

経営主体	医療法人
開設年	1961年10月
概況	・許可病床数：5病棟、251床 ・診療科目：精神科／神経科／心療内科／内科

1. 病床数適正化の取り組み概要

(1) 病床数適正化に取り組んだきっかけ

- ・病院創設者が精神障害者かハンセン病患者の社会復帰促進をしたいと考え、当時より積極的な取り組みが必要と考えられた精神科病院を開設したという経緯があり、開設当初から、地域生活支援の志向が強い。その中で、他病院の地域移行支援の取り組み事例を聞き、自分の病院でも回復した患者を少しでも多く社会で生活してもらいたいと考え、地域移行支援に取り組み、結果的に病床数の適正化につながった。
- ・経営面からは、スーパー救急を目指して退院を促進し、病室の個室化を高める必要があったこと、医療施設近代化施設整備事業を受けたいという面もあった。

(2) 事業転換のコンセプト・成功要因等

- ・グループホームの運営は、日割り報酬で入院中の補償がない等の理由で収支上厳しいが、地域移行とあわせて病院機能も見直し、スーパー救急の認可を受けた病院の収入が増えた分でそれを補填し、法人全体としては黒字経営ができています。

(3) 事業転換スケジュール

年月	取り組み内容
2000.4	グループホーム立ち上げ

■グループホームの立ち上げ

- ・地域生活の受け皿がほとんど整備されていなかったため、法人としてグループホームを立ち上げた。当初は、5年以内に12か所のグループホームを作る計画であったが、7ヶ所目で財政難により行政からストップがかかり、6ヶ所で頓挫している。
- ・グループホーム定員は1ヶ所あたり5人、6ヶ所で合計30人の地域移行を実現している。
- ・グループホームの1ヶ所目は市内の空き家（土地付き）を1000万程度で購入したが、地域住民への説明会を開催することすら拒否され、開設に至らなかった。その後は、新築、賃貸等で、事前説明等を行わずに近隣3市に6ヶ所を整備し、円滑に進めることができた。

■居場所としてのデイケアと就労支援システムの立ち上げ

- ・回復した精神障害者の退院後の居場所としては、デイケアが最適であり、再発や再入院も激減している。デイケアから3年、5年経つと就労移行という規制を見越して、法人として、3つの就労支援システムを立ち上げた。
 - ①仕出し弁当屋ホッペコッタ：職員3人、患者7人でスタートし、これは5年後には、患者30人の就労の場となった。
 - ②患者のみのワークシステム（KRサービス：国分りハビリテーションサービス）：病院売店でのコーヒー等の販売、ホッペコッタの応援と高齢者宅への弁当配達、職員の車の洗車、コインランドリーのコイン回収や機械修理、入院患者へのレンタルテレビの提供、退院患者の備品リサイクル、隊員時の荷物運送、清掃業務、クリーニング屋から入院患者へ届く洗濯物たたみ等を実施し、時給720円を支払い。患者10人の就労の場となり、7年間継続したが、代表者を作れないため、現在は休会中。
 - ③患者のみの組合組織のトライグループ：ジョブコーチの支援の下でそれまで職員が担当していた病院売店の運営を委託。3年間運営したが、休みが多くクレームにつながったため、廃止。

(4) 病床数適正化前後の事業の概況

		2009年3月時点		2009年4月時点		
		病棟数	病床数	病棟数	病床数	
病院	精神病床					
	一般病棟	3	182	3	152	
	精神科救急病棟	1	134	1	48	
	急性期治療病棟	1	51	1	51	
	精神科療養病棟					
	認知症病棟（医療型）					
	認知症病棟（介護療養型）					
	特殊疾患病棟					
	一般病床					
	療養病床					
	感染症病床					
	結核病床					
			箇所数	定員	箇所数	定員
	ショートケア					
デイケア						
ナイトケア						
デイナイトケア						
生活訓練施設						
福祉ホームB型						
精神入所授産施設						
精神通所授産施設						
地域生活支援センター						
共同住居						
グループホーム・ケアホーム（自立支援法）						
日中活動事業所（自立支援法）						
施設入所支援（自立支援法）						
ショートステイ						
地域活動支援センター						
認知症対応型共同生活介護						
介護老人保健施設						
介護老人福祉施設						
ホームヘルプ（介護・障害）						
訪問看護（介護・医療）						

2. 病床数適正化で地域移行に取り組んだ患者の概況

(1) 地域移行の対象者像（基本的な方針）

- ・病状が回復し退院できるのに、家族が引き受けず、保証人や保証金がないのでアパート等も借りられず、行き場所がない患者。（疾患は限定せず）
- ・原則として疾患は限定しないが、アルコール、薬物等への依存は、地域移行先で依存再発のリスクがあるため、除外した。また、知的障害との重複で短絡行為の多い者は、地域住民とトラブルになるケースがあったため、途中から除外した。

(2) 病床数適正化前後の入院患者数

①病床数適正化前の入院患者数：★年★月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患						
統合失調症						
その他						
合計						

②病床数適正化後の入院患者数：★年★月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患						
統合失調症						
その他						
合計						

③病床削減前後の入院患者の傾向変化

--

(3) 基本的な地域移行プロセス

- ・退院に向けての準備期間は、短い人で3ヶ月、長い人で2, 3年、平均して半年程度である。
- ・長期入院患者は地域での生活を経験していないため、不安で退院を拒むケースも多い。外食、買い物の仕方、レジの通り方、電車の乗り方、公的機関への行き方等を練習し、実際に経験してもらう中から、本人が興味を持てることを見つけ、少しずつスキルを上げていった。
- ・グループホームが1ヶ所スタートしてからは、一部屋を試験外泊用に確保し、宿泊体験を重ねた。グループホームに先に退院した顔見知りの入居者から地域での暮らしぶりを聞きながら、自信をつけてもらった。

- ・初期は病院からの押し出し型の地域移行だったが、いったん移行が始まると、地域に退院した人が病院に面会に来て、他の患者を引き出す推進力になってくれた。
- ・ケースカンファレンスを頻繁に開き、多職種が連携して地域移行を支援するが、退院後については、本人が訪問看護やデイケアのサービスを望まない場合、積極的な介入は行わず、本人の意思に任せている。
- ・地域移行の 5, 6 割のケースは、再入院しているが、世話人や宿直職員、訪問看護等のスタッフが早めに状態変化をキャッチし対応しているので、3 か月以上の長期入院はほとんどない。

(4) 高齢入院患者の地域移行に関する課題

身体合併症への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・50 代以上で地域移行したケースが多いため、対応が課題になりつつある。現在は、介護保険の利用を始めたり、法人の持ち出しで建物の改修を行ったりしている。
ADL 低下への対応	
関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院の入院患者は、高齢化を理由に介護保険施設への受け入れを依頼しても、なかなか引き受けてもらえない。このため、同一法人の老人保健施設に移行した後に、他法人の特別養護老人ホームに入所する形で成功した例がある。また、同一法人に認知症対応型グループホームが 3 ユニットあるので、ここへの移行は可能である。 ・ケースワーカーが、介護保険施設に退院した患者の様子を見に頻繁に施設に出向き、何かあれば病院で対応することを情報提供していると、施設側の受け入れがスムーズである。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・法人として、高齢者は、施設や病院ではなく住み慣れた自宅で生活することが理想であるという理念があり、終の棲家としての特別養護老人ホームは運営していない。在宅復帰と在宅生活継続支援の場としての介護老人保健施設、地域生活の場としての認知症対応型グループホーム、在宅介護支援センター等を開設している。

(5) 高齢入院患者の地域移行事例

--

3. 職員体制の変化

(1) 病床数適正化前後の職員体制の変化

- ・病床数は変更せず、地域生活の受け皿としてグループホームを整備したため、グループホーム世話人は新規に採用した。地域生活支援を円滑に進められるよう、病院給食室の退職者等、退院患者も顔見知りで、ある程度精神疾患に関する知識のある者を、世話人として採用した。また、管理者は、病院の PSW が兼務した。

(2) 体制変化に伴う職員フォローの実施

- ・病院スタッフには、地域移行のイメージを持ってもらえるよう、グループホーム見学会を開催した。それ以外は、退院に向けたカンファレンスに参加するなかで少しずつ意識のすり合わせ

を進めていった。

- ・入院中は患者担当制があるので、退院後も希望があれば退院先にフォローの訪問をすることもあり、そこでも地域生活のイメージをつかんだ職員はいる。ただ、患者から「退院したことを実感するために訪問はしないでほしい」「入院中とは違うスタッフに支援してほしい」という要望もあるので、必ずしも全スタッフがかかわっているわけではない。

4. 収支状況の変化

(1) 病床数適正化前後の事業活動収支の変化

--

(2) 病床数適正化後の収支状況の維持・改善方策

- ・グループホームの運営は、日割り報酬で入院中の補償がない等の理由で収支上厳しいが、地域移行とあわせて病院機能も見直し、スーパー救急の認可を受けた病院の収入が増えた分でそれを補填し、法人全体としては黒字経営ができています。

(3) 病床数適正化の際に活用した財源

--

5. 病床数適正化で生じた既存の建築物の改築・改修

- ・地域移行が進み、1フロアが空いた時点で、医療施設近代化施設整備事業の助成を受け、4人部屋を2人部屋や個室に改修し、スーパー救急病棟に転換した。

6. その他

(1) 高齢入院患者の地域移行に伴う病床数適正化に取り組みの影響

① プラス面

■ 患者にとって

- ・当初は退院を嫌がっていた患者も、グループホームでの生活を楽んでいるようである。グループホームで自信をつけて、さらにアパートに住みたいという次の目標を持っている人もいます。

■ 家族にとって

- ・地域移行に反対していた家族でも、実際に地域移行がうまくいくと、これまでより頻繁に面会に来てくれるようになったケースもある。

■ スタッフにとって

- ・以前は、保証人の問題等で独居は難しい、家族の受け入れも困難となると、地域移行は無理という意識があったが、グループホームへの退院という選択肢が増えたため、地域移行について日常的に取り組みができるようになった。

■ 地域住民にとって

② マイナス面

■ 患者にとって

■ 家族にとって

■ スタッフにとって

■ 地域住民にとって

- ・精神障害に対する差別・偏見は根強く、グループホーム開設に当たっては、大きな反対運動が起こる。

(2) 病院としての今後の展開

■ 急性期医療・精神科救急に特化

- ・新薬の開発が進めば、身近な診療所等で治療できる疾患が多くなることが予想される。その際、精神科病院は、高度な専門性を有し重症型の患者を診る役割を期待されるので、地域の診療所等と連携をとりながら、今後は急性期医療・精神科救急に特化し、いつでも、疾患を問わず、誰でも診られるようにしたい。

■ 長期慢性患者を受け入れる新しい施設類型の必要性

- ・これから病院としては、救急に特化していくつもりで、長期慢性入院患者 50 人程度の対応が課題となる。このような患者は、病院での治療ではなく、介護で対応するのが望ましい印象（介護職は、「治療」という視点からのかかわりではないので、本人のペースに合わせて「待つ」ことができる）。そのような新しい施設類型ができれば、病院にこだわらず、病床の一部を転換して対応したい。

(3) その他自由意見

■ 地域生活支援にあたっての生活の場の確保

- ・地域移行先として最適の地域生活の場所はグループホーム、ケアホームである。グループホーム、ケアホームは、障害程度区分に応じて別サービスとされているが、生活場所の提供というサービスの内容は同一であり、分ける必要はないのではないか。
- ・自立支援法でグループホーム、ケアホームの費用の支払いが日割りになったが、急な入院等があると収入が不安定になり、世話人とサポート職員の人件費が確保できないことがある。また、自前の土地・建物を転用するのではない場合、その賃借料、減価償却費等も負担が大きい。この点の改善を望む。
- ・高齢患者の地域移行先としては、特養か認知症対応型グループホームが最適と考える。

■ 地域移行支援にかかる費用の払い方

- ・地域移行支援にかかる費用は、国から市町村経由ではなく、事業者へ直接支払う形式が望ましい。地域のことは基礎自治体である市町村が理解しているという前提があるのだろうが、そうでない市町村もあり、また、一般財源の中では他事業に流用される例も多い。

以上

3-3 一本松すずかけ病院（福岡県田川市）ヒアリング調査結果

訪問日時	2010年12月6日(月)14:00～16:00
訪問場所	一本松すずかけ病院（福岡県田川市大字夏吉142番地）
出席者	非公開
提供資料	・特になし。

【総括】

病棟老朽化による病棟建替えをきっかけに慢性期医療から急性期医療(急性期治療病棟入院料)に転換を目的として、病床削減による地域移行を促進した病院である。自立支援法によるグループホーム、介護老人施設及びデイケア、デイナイトケアを開設している。

認知症病棟があるため、高齢入院患者の動向がつかみにくい。定点比較で65歳以上の入院患者の動きは、4年間で3ポイントの減少。退院して地域移行した高齢入院患者の推移が分かると良いかもしれない。2006年から2009年比較で収支状況は、減少しており、地域移行は、収支が合わない病院のケースとなっている。

1. 病院の基本情報

経営主体	医療法人
開設年	1956年4月
概況	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数：8病棟、482床 ・診療科目：精神科／内科／循環器内科／神経内科／心療内科
所在地域の特性、地域における病院の位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・病院が所在する田川市は福岡県の北東部に位置し、三方を香春岳・英彦山・福智連山に囲まれた田川盆地の中心都市である。明治中期以降は日本有数の石炭産地・炭都として活況を呈していたものの、エネルギー革命の波に圧され昭和45年に市内からヤマの灯が消えた後は、人口が激減し（田川市人口：ピーク時10万人、現在5.1万人）、高齢化と衰退の一途を辿っている。このような環境下で、地域の精神医療に貢献するために昭和31年に設立後、地域に根ざした中核病院として精神科医療を中心に付帯施設の充実も含め地域医療に取り組んでいる。

2. 病床数適正化の取り組み概要

(1) 病床数適正化に取り組んだきっかけ

<ul style="list-style-type: none"> ・平成16年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で7万床の病床削減が示されるなど、精神科病院を取り巻く環境が非常に厳しい転換期を迎える中で、(旧)南病棟老朽化に伴う建替えが必要な時期となっていた。 ・病棟建替えとともに、今後の「一本松病院」の方向性について種々（内科重視等）の議論がなされる中で、院長から「精神科病院としての一本松病院の発展」との基本方針が示され、急性期治療への転換を決定、スタッフ体制を含め急性期治療に対応した医療サービスの提供とあわ

せ、先の政策ビジョンを踏まえ、早期対応による激変緩和を図るためにも一定の病床削減が必要であると判断した。

(2) 事業転換のコンセプト・成功要因等

■病院機能：収容型病院から治療型病院へ

- ・病棟機能の見直し：急性期治療病棟、認知症治療病棟を核に病棟機能を再編する。
- ・治療プログラム見直し：早期回復と地域生活を目的とした治療プログラムを導入する。(P S ミーティング・コミュニティーミーティング・ARP・入院退院支援プログラム)
- ・病棟建替え：アメニティの充実を図り精神科病院の閉鎖的イメージを払拭する。(気軽に来院できる外観・明るい内装・ユニット型床頭台・集団療法棟(体育館)建設等)
- ・地域連携強化：地域連携室を開設し地域の医療・福祉機関等との関係を強化する。
- ・デイケアの拡充：第二デイケアを開設し、サービスの拡充を図る。
- ・就労支援：一般就労に繋がる就労支援事業を展開する。(洗車事業・配膳車運搬事業開始)
- ・在宅看護の強化：在宅患者フォロー体制を強化する。
- ・住居の確保：地域復帰のステップに応じた住居の確保(12室からなる第二あゆみハイツ開設)

■地域への貢献：病院を中心とした街づくり

- ・雇用の創造：病院機能を強化し、地域雇用を創造していく。(病床減による人員削減は行っていない)
- ・街づくり：病院を核とした地域活性化
 - ①明るい外観による精神科病院の閉鎖的イメージの払拭
 - ②敷地内にバス停を設置(地域利用者の安全性向上)
 - ③スーパーマーケットの誘致(地域住人の利便性向上)

【各病棟の機能】

施設基準等	機能・特徴的
精神科病棟 60床 15:1、6:1 男女混合、閉鎖 隔離室4室 療養環境加算	<ul style="list-style-type: none"> ・対象：精神症状により QOL に支障をきたし、他者の支援を必要としている患者。健康な時は行えていた日常生活上の技能や他者との対応に困難さを抱えている。 ・二者関係を基盤にして対人関係や生活の幅が拡大されるよう患者の持てる力を支えるケアが求められる。
H21/3より4ヶ月間 精神科急性期治療病棟 1の試 48床 (H21/6まで15:1、 6:1、療養環境加算) 男女混合、閉鎖 隔離室4室、個室4室	<ul style="list-style-type: none"> ・対象：新規患者と転棟等患者のみ。病床数の4割以上が新規患者で、その4割以上が3ヶ月以内に退院という2つの条件のクリアが必要。(精神科急性期治療病棟の全国平均在院日数は50日台) ・入院1ヶ月目は出来高の病棟に比べ入院費は5割高である。入院費に見合った、短期間に地域に復帰できるケア・プログラムの提供が求められる。

施設基準等	機能・特徴的
認知症病棟（包括） 60床、閉鎖 4床室、2床室	<ul style="list-style-type: none"> 対象：認知症に伴う中核症状・周辺症状に対する治療・ケアを必要とする患者。認知症に伴う中核症状・周辺症状に対する治療・ケアを専門に行う病棟であり、認知症の治療が必要であるが身体症状がありそのための治療が必要、あるいは他科受診を必要とされる患者は、精神科病棟を利用してもらう。 入院期間は3ヶ月を目安にしている。入院料は91日目より減額となる。
一般内科病棟 44床 15:1、6:1 特別室:1室、個室:6室 ……室料有り 療養環境加算	<ul style="list-style-type: none"> 直近3ヶ月の在院日数が60日を超えない。 当院での入院期間中、内科病棟での入院日数は通算される。他病院、内科病棟での入院日数は通算される。 日帰り入院も1日入院としてカウントできる。
精神科病棟 68床 男女混合、開放 （一部身体合併症病床を含む）	<ul style="list-style-type: none"> 地域生活復帰への支援を大きな役割とする病棟である。 ARPの運営を主体的に担う病棟である。 自立度・健康度が高く積極的に責任レベルを活用する患者と、身体的ケアを主とする患者とでは提供するケアやプログラムが異なるため、スタッフは2つの相の患者たちに対して複眼的視点が求められる。
精神科病棟 60床 男女混合、閉鎖	<ul style="list-style-type: none"> 対象：認知症あるいは脳器質性疾患後遺症・高齢の精神障害者で身体的治療・ケアが必要とされる患者。 多様な疾患の患者の混合病棟であり、精神症状と身体症状に対するアセスメントに基づいたケアが求められる。
精神科病棟 60床 男女混合、開放 身体合併症病棟	<ul style="list-style-type: none"> 対象：身体症状に対する治療・ケアが求められるが、元々は精神科治療の経過が長引き、身体症状の治療が必要となった患者。 前面に出ている身体症状と、見えにくくなっている精神症状の観察とケアが求められる。
精神科病棟 70床 男女混合、開放	<ul style="list-style-type: none"> 地域生活復帰への支援を大きな役割とする病棟である。 女性開放病棟としての長い歴史を持った病棟であり、女性特有の細やかさを残して他病棟に先駆けて男女混合となった病棟である。 構造的に他病棟から離れた位置にある病棟で、病院内で一番大きなホールはあけぼの荘（老健）への通路ともなっている。

ヒアリング時支給資料より

(3) 事業転換スケジュール

年月	取り組み内容
H18.4	居住の場として第2あゆみハイツ開設 あいにふ棟改装工事（厨房・会議室・コミュニティーホール等）
H18.11	（旧）中2病棟を精神一般から認知症治療病棟へ転換
H19.9	病棟建設着工（第二デイケア・体育館建設）
H20	就労支援事業として洗車事業を開始 新病棟竣工、病院名を一本松すずかけ病院に改名
H21.2	急性期治療病棟試行（すずかけ3病棟） 患者移転（南病棟・中央3病棟解体）
H21.7	急性期治療病棟認可
H21.11	第2デイケア棟・体育館完成 ナイトケア開始
H22.9	就労支援事業として配膳車運搬業務開始

■2006年11月：559床→545床

- ・認知症患者を主体とした精神一般病棟→認知症疾患治療病棟【70床→57床に削減】
→認知症患者の専門病棟として、有資格者の配置を施設基準の6割り増しの配置にした。
→看護補助者の半数を介護福祉士に置き換えた。
→病棟の方針として、抑制を行わないケア、個別性を尊重したケアを課題として取り組んだ。
→専従配置であるOTと介護福祉士が生活機能訓練＋日常生活活動を協力し合った。
- ・西2病棟（透析患者中心の病棟）【32床→26床に削減】
→新病棟工事のための病棟縮小に伴い削減した。
・透析患者であっても患者のADLに応じた病棟選択のきっかけとなり、ADLが自立した患者であっても男女混合病棟混合病棟が成立するきっかけとなった。

■2007年12月：545床→524床

- ・南2（女性）病棟【69床→60床に削減】、南3（男性）病棟【72床→60床に削減】
→それぞれが急性期患者を受け入れる病棟であり、入院患者のアメニティを図るために削減を行った。
→アメニティの改善が図られ、病棟運営をスタッフのみではなく、患者とともに行う治療共同体的考え方（コミュニティミーティング）が導入された。南2・3病棟のコミュニティミーティングは中央3病棟や北病棟にも広がり、患者自身が入院生活に関わる病棟運営の主体者であるという認識が職員に浸透していった。

■2008年秋～：新病棟完成後の病棟運営に向けての取り組み

- ・精神科急性期治療病棟設置後の入院システムのスムーズな運用のため、『PSミーティングに始まる責任レベルの運用』の研修を行った。研修は、管理者研修、スタッフ研修、患者への説明会と対象を分けて浸透を促した。
- ・患者の病棟行き先決定に向け、全師長と医局で定期的に調整・確認を重ねていった。

- ・各病棟の担当師長・一般職員（コメディカルスタッフを含む）の配置病棟を発表した。各病棟単位で師長を中心に新体制後の病棟運営を協議し、同時にスタッフ間のコミュニケーションの円滑化を図った。

なお、上記の取り組みを円滑に進めることができたその他の取り組みとして、以下のようなものがある。

■2006年夏～：師長申し送り

- ・毎日9:45～全師長が集まり看護部門の情報を共有するため、師長申し送りを行っている。病院全体の情報を共有するため他部門からの情報提供の場としても使われており、組織的な対応が可能となっている。

■2006年夏病棟機能検討のための幹部合宿

- ・新病棟建設に当たり新病棟の病床数、病棟機能の検討をすることになり、法人の幹部職員8人が1泊2日の合宿を行った。
- ・当院が出来ること、したいこと、期待されていること等を出し合い、KJ法でカテゴリー化した。
- ・その結果として、精神科急性期治療病棟の設置は必須であることと認知症の専門病棟を持つことを確認した。
- ・同時にKJ法でカテゴリー化したものが整理・分類され当院の「理念・行動規範・患者さんの権利と責務・臨床における倫理」に結実した。これは全職員にフィードバックされ、数回の研修会を開催して理念や規範を自らの行動レベルで考えるグループワークを行った。

■2009年3月：日本医療機能評価機構 病院機能評価 V5受審

- ・受審に取り組むための指針となり、2008年より各部門は業務の見直しによるマニュアルの改訂作業に取り組むことができた。

(4) 病床数適正化前後の事業の概況

		2006年7月時点		2010年7月時点	
		病棟数	病床数	病棟数	病床数
病院	精神病棟	8	515	7	438
	一般病棟	7	445	5	330
	精神科救急病棟				
	急性期治療病棟			1	48
	精神科療養病棟				
	認知症病棟（医療型）	1	70	1	60
	認知症病棟（介護療養型）				
	特殊疾患病棟				
	一般病床	1	44	1	44
	療養病床				
	感染症病床				
	結核病床				

	2006年7月時点		2010年7月時点	
	箇所数	定員	箇所数	定員
ショートケア			1	50
デイケア	1	40	1	70
ナイトケア			1	20
デイナイトケア	1	30	1	50
生活訓練施設				
福祉ホームB型				
精神入所授産施設				
精神通所授産施設				
地域生活支援センター				
共同住居				
グループホーム・ケアホーム（自立支援法）	2	18	2	18
日中活動事業所（自立支援法）				
施設入所支援（自立支援法）				
ショートステイ				
地域活動支援センター				
認知症対応型共同生活介護				
介護老人保健施設	1	100	1	100
介護老人福祉施設				
ホームヘルプ（介護・障害）				
訪問看護（介護・医療）	1	—	1	—

※グループホーム2施設のうち1施設は、病床削減に取り組むにあたり2006年4月に新設。

病床利用率の推移は以下のとおり

平成18年度	98.60%
平成19年度	96.46%
平成20年度	92.71%
平成21年度	92.53%

3. 病床数適正化で地域移行に取り組んだ患者の概況

(1) 地域移行の対象者像（基本的な方針）

- ・平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部より示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の方針とほぼ同時期に模索していた病床建替え計画に基づき、病床削減による地域移行を検討し、入院患者の疾患内容や入院期間を中心に、病状を勘案して対象者をイメージしていた。
- ・特に、平成20年度からは診療報酬請求において地域移行加算が算定可能になったため、入院期間が5年以上の患者を中心に退院支援に取り組んでいった。

・高齢入院患者において、病状が安定している患者については、介護保険施設への退院支援を行い、外来治療へ切り替えていった。

(2) 病床数適正化前後の入院患者数

① 病床数適正化前の入院患者数：2006年7月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患	0	0	4	121	125	23%
統合失調症	0	66	98	88	252	46%
その他	0	11	48	110	169	31%
合計	0	77	150	319	546	100%
	0%	14%	27%	58%	100%	

② 病床数適正化後の入院患者数：2010年7月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患	0	0	4	113	117	26%
統合失調症	0	55	91	64	210	47%
その他	0	16	34	70	120	27%
合計	0	71	129	247	447	100%
	0%	16%	29%	55%	100%	

③ 病床削減前後の入院患者の傾向変化

■ 病床数の推移（定床）

- ・平成18年7月 559床（うち内科44床）
- ・平成22年7月 482床（うち内科44床）
- 病床削減数 ▲77床（うち内科0床）（削減率約14%）

■ 病態別入院患者の変化

- ・認知症疾患患者の割合が23%から26%と4%増加する一方、その他疾患患者の割合が31%から27%と4%減少した。（統合失調患者の割合はほぼ横ばい）
- ・これは、人口減少、高い高齢化率といった地域的要因によるものと思われる。

■ 年齢別入院患者の変化

- ・全体では65歳以上の患者割合が58%から55%と3%減少し、入院患者の若返り傾向がうかがえる。
- ・病態別で見ると、認知症疾患患者に占める65歳以上の患者割合はほぼ変化はないが、統合失調症患者の65歳以上の割合が5%減少した分50歳～64歳の患者が5%増加、また、その他患者の65歳以上の割合は7%減少し、20歳～49歳の患者が7%増加しており、統合失調、その他精神疾患患者層の若返りが顕著となっている。

■入院患者数の変化（精神科入院患者数の平成18、21年度比較）

- ・入院患者数は、H18年度382名、H21年度482名と26%増加（退院患者数も同様に増加）しており、患者の回転が速くなった。（在院日数の短縮化）
- ・退院までの期間が早くなったことで退院患者数が入院患者数を上回るようになったため、病床稼働率は5%程度低下した。

(3) 基本的な地域移行プロセス

■支援チームメンバー

- ・主治医、病棟師長、病棟主任、担当PSW等で支援チームを結成。
- ・支援チームで、病状面を勘案し地域移行が可能な入院患者を抽出し、退院後に想定されるケースを十分に検証したうえで退院を検討する。

■プロセス（一般的な流れ）

- ①支援チームで地域移行が可能な入院患者を決定。
- ②主治医より、家族へ病状説明を行い、退院可能である旨を伝える。
- ③担当看護師・PSWにて家族と面談を行い、退院後の生活について話し合う。
PSWより必要な社会資源について情報提供を行い、同意が得られれば、介護保険施設等が利用できるように調整を行う。
- ④退院患者受入先となる施設のスタッフなど、退院後に関わる関係者と情報交換を目的としたカンファレンスを行う。
- ⑤退院後は、外来通院を推奨しフォローを行う。また、地域移行加算が算定可能な退院先においては訪問看護を導入し、患者のフォローだけでなく、施設スタッフと支援方法について情報交換を行っている。

(4) 高齢入院患者の地域移行に関する課題

身体合併症への対応	・病状が安定していても、インシュリン・胃ろうなど、処置の内容によっては、受け入れが難しい施設があるため、受入施設検索に苦慮する。対応できる病院がない場合は、療養型の病院に受入を依頼している。
ADL低下への対応	・ADL低下により、受入施設の選択肢が変わってくるため、対象者にマッチした施設を検討している。
関係機関との連携	・精神科に長期入院していることで、患者自身も退院に関して消極的になっている場合が多い。そのため、退院患者受入先となる施設の方には、十分な情報提供を行い、継続的に本人との関わりが保てるように心掛けている。 ・法人内老健に退院した上で、地域の施設や病院へ移行することを企図しているが、地域の受け皿がないため、老健、病院と上流まで滞留するという課題が出てきている。
その他	・高齢入院患者は長期入院しているケースが多いため、家族が入院継続を強く希望される場合がほとんどであり、家族に理解していただくのが大きな課題である。病状面だけでなく、病院の方針・時代の流れであることも含め根気強く伝えていった。

(5) 高齢入院患者の地域移行事例

■76歳、男性、統合失調症の事例

- ・入院歴：H9.11～H21.2.20
- ・精神症状は安定して退院可能な状況の患者であったため、病床削減に伴い退院支援を促すも、11年超の入院期間で病院環境に慣れ親しみ、退院に関しては強行に否定的であった。
- ・本人の希望としては退院するなら実家に帰りたかったが、実家には同じく精神疾患を持った妹が一人暮らしをしている状況であった。また、実家は今にも崩れそうなほどに老朽化しており、妹も民生委員の援助を受けながら何とか生活している状況で、本人との同居は到底無理との見解であった。弟も他県に住んでおり遠方であるため支援には消極的で、退院に関しては「本人がよければ…」「病院に任せます」という状況であった。
- ・何度も担当看護師・PSWで本人との面談を重ねる。また、自宅を訪問し妹を含め自宅への退院は難しいことを話し合う。
- ・本人も納得した上で、田川市役所の退院支援コーディネーターにも協力をもらいながら、数ヶ所のグループホームを見学した。その中から実家に一番近いグループホームに本人が興味を示し「ここなら、妹も会いに来れるかもしれない」「ここなら、やれるかもしれない」との考えに至り、試験外泊や施設とのカンファレンスを数回行ったうえで、地域移行可能と判断しH21.2にグループホームへ入所となり退院の運びとなった。

4. 職員体制の変化

(1) 病床数適正化前後の職員体制の変化

① 病床削減前の職員体制（常勤換算人数）：2006年7月時点

職種	病院		あけぼの荘（老健）		訪問看護ステーションあけぼの		あゆみハイツ（GH）	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師（精神科）	4	1.4						
医師（内科）	6	4.9	1					
歯科医師								
看護師	139	1.6	4					
准看護師	84	4.4	7					
看護補助者・介護職員	60	3.0	39		6	2		
薬剤師	4	0.3						
作業療法士（OTR）	11		2					
PT・ST等								
精神保健福祉士	11							
心理技術者	6							
管理栄養士・栄養士	4		1					
調理員	42							
検査職員	5							
事務職員	23		3					
その他	6		5				2	

② 病床削減後の職員体制（常勤換算人数）：2010年7月時点

職種	病院		あけぼの荘（老健）		訪問看護ステーションあけぼの		あゆみハイツ（GH）	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師（精神科）	7	2.4						
医師（内科）	3	3.9	1					
歯科医師								
看護師	116	6.0	3					
准看護師	75	3.9	11					
看護補助者・介護職員	83	4.5	44		12	2		
薬剤師	4	1.1						
作業療法士（OTR）	11		3					
PT・ST等	1		2					
精神保健福祉士	11							
心理技術者	7							
管理栄養士・栄養士	5		1					
調理員	38							
検査職員	5							
事務職員	27		4					
その他	8		5				4	

(2) 体制変化に伴う職員フォローの実施

■職員への説明

- ・今後の病院の方向性についてのビジョン（「収容型病院から治療型病院への転換」）を明示し、病棟機能の位置づけを行い、各自の役割を明確にした上で協力要請を行った。
- ・また、病棟体制再編とデイケア・在宅看護等の強化により病棟削減に伴う人員削減は行わないことを告げ、雇用不安が生じないよう配慮した。

■研修会、幹部職宿泊研修の実施

- ・一回目はベクトル統一と参画意識の養成を目的に、病院理念や病棟機能等のディスカッションを行ない、二回目は病棟運営方法変更のための準備として、PSミーティングのデモンストラーションを行った。
- ・研修開催に当たっては、その時点で必要・最適なプログラムを検討し、現場での実践に役立つ研修を行っている。

■職員のスキルアップ

- ・外部研修への積極的な参加を推奨し、受講後は伝達研修を奨励している。
- ・伝達研修により情報や知識の共有化が図られ職員全体のスキルアップにもつなげている。

5. 収支状況の変化

(1) 病床数適正化前後の事業活動収支の変化

① 病床削減前の事業活動収支：2006 年度

	病院	あけぼの荘（老健）	訪問看護ステーションあけぼの	あゆみハイツ（GH）
医業収益	3,124	483	76	
入院	2,945	401	1	
外来	217	84	55	
その他	▲39	▲1	21	
医業費用	2,856	414	107	
給与	1,445	282	88	
役員報酬	40	12	0	
医薬品費	224	6	0	
給食材料費	113	27	1	
診療材料費	57	1	0	
経費	218	44	14	
研究研修費	4	1	0	
委託費	71	15	1	
減価償却費	135	17	3	
その他	48	9	1	
医業利益	268	70	▲31	

② 病床削減後の事業活動収支：2009 年度

	病院	あけぼの荘（老健）	訪問看護ステーションあけぼの	あゆみハイツ（GH）
医業収益	2,864	502	117	13
入院	2,595	422	1	0
外来	290	80	98	0
その他	▲20	0	18	13
医業費用	2,816	452	119	16
給与	1,799	315	103	11
役員報酬	40	12	0	0
医薬品費	171	10	0	0
給食材料費	95	26	1	0
診療材料費	44	1	0	0
経費	247	46	11	2
研究研修費	5	1	0	0
委託費	80	16	1	1
減価償却費	272	15	2	2
その他	63	9	1	1
医業利益	48	51	▲2	▲2

■病院単体

- ・急性期病棟を核とした病棟再編を行い、地域移行を促進してきた。
- ・しかし現時点においては、入院日数の短縮化により入院単価（日当点）は上昇したものの、患者の回転が速くなった分、病床稼働率が低下し、病床削減による入院収入の減収をカバーできていない状況である。
- ・外来収入は外来移行とデイケア拡充により増収となるが、入院収入の減収を補うことはできず、結果的に病床削減した分だけ医業収入は大きく落ち込んだ状況にある。
- ・費用面では、外来患者の増加や入院患者の増加に伴い、医師や看護スタッフ等の人員不足が生じ、人件費をはじめとしたコストの増加が顕在化してきている。また、設備投資による償却負担も増加しており、収支構造は著しく悪化した状態となっている。

■グループ全体

- ・外来移行により在宅看護部門は増収増益となるが、病院の減収減益の影響は大きく、グループ全体を通して大幅な減収減益となっている。
- ・地域移行の促進＝病床稼働率の低下とコスト増加の要因となっており、現状の診療報酬体系における病院経営は極めて厳しいと言わざるを得ない。

(2) 病床数適正化後の収支状況の維持・改善方策

- ・病院改修の総工費30億円、うち25億円を銀行融資で調達。長期資金計画に基づく資金繰りと金利変動リスクを勘案し、返済期間25年、変動金利と固定金利に分けて調達している。

(3) 病床数適正化の際に活用した財源

- ・特になし。

6. 病床数適正化で生じた既存の建築物の改築・改修

- ・下記コンセプトをもとに病院の建替えを実行。
- ・建物は「脱病院」を目指し、明るく、ソフトで信頼感を醸し出すデザインとし、地域に開かれ、地域とともに歩んでいくことを表現した。
- ・中央部を吹き抜けとし、共用廊下へ光を取り込むとともに、病室の窓の腰高を低くし採光を確保するとともに空調効率を高める工夫をしている。
- ・各階ごとにメインカラーを決め病棟区別ができるようにし、将来要求される療養環境を満たすよう、ゆったりとした病室（8.4㎡以上）と廊下幅を持たせている。
- ・若い患者にも抵抗感がないようプライバシーに配慮した病室の配置とし、仕切り家具は独自に考案し特注製作した。

7. その他

(1) 高齢入院患者の地域移行に伴う病床数適正化に取り組みの影響

① プラス面

■患者にとって

- ・結果的に短期間で退院できているという実績からも、安心して入院治療が受けられる病院と考えられている。

■スタッフにとって

- ・短期入院の促進という明確な目標もあるため、そこにもポイントをおきながら、モチベーションを保った業務遂行を行っている。

■地域の関係機関にとって

病状によっては短期間で退院できるため、安心して気軽に入院の相談が出来る病院と位置づけられている。

② マイナス面

■家族にとって

- ・家族によっては、長期間にわたり病院で治療してもらいたいと希望される方もおられるため、このような家族にはニーズに合わないと考えられている。

■スタッフにとって

- ・地域移行の促進は重要な取り組みで、「最後まで病院で見る」という意識を変革するのは大変だった。これは、本人・家族も同様で、意識を変え退院を進める過程では、スタッフが悪者にならないざるを得ない場面もあり、負担感が大きい。

(2) 病院としての今後の展開

- ・積極的な地域移行に伴う受入施設等の付帯施設の更なる充実を図りたい。

＊認知症患者向けグループホームの開設

＊退院患者向けアパートの増設

＊地域ボランティアも交えた就労支援センターの開設

(3) その他自由意見

- ・積極的に「治療型病院」への転換を進めてきたが、現行の診療報酬の在り方では病院経営は極めて厳しいと言わざるを得ない。評価されるべきことが正しく評価され、精神科医療の発展に繋がるよう診療報酬体系の構築を望む。(精神科や認知症の患者への透析に関する加算、地域移行に向けたプレディケアの評価、他科受診に対応するマンパワーの評価、介護保険施設との連携に関する評価)

- ・地域における受入体制の整備を積極的に進めて欲しい。(保証人の確保等)

- ・その他、地域生活支援のため、以下のサービスを検討中

① 地域受け皿の確保 (自院居住施設の整備と地域連携の強化)

- ・ 自院居住施設の準備と共に、民間不動産業者との関係構築による退院患者受入れ先の開拓。
- ・ 地域連携室を中心に、周辺地区の入所施設（GH・老人施設・援護寮等）、クリニック、病院、行政機関等の連携先の開拓および提携関係の構築。

② 在宅支援の強化（サテライトクリニックの設置、在宅事業の拡充）

③ リハビリ・デイケアの強化（プログラムの見直しと対象者の拡大）

④ 就労支援事業の拡充（支援センターを核とした支援事業の展開）

・

以上

3-4 下市病院（奈良県吉野郡下市町）ヒアリング調査結果

訪問日時	2010年12月14日(火) 13:30～17:00
訪問場所	下市病院（奈良県吉野郡下市町阿知賀 622） （同時訪問施設） ・うねびやまクリニック、デイケアうねびやま ・介護老人保健施設そよ風荘（短期入所療養介護、通所リハ併設） ・下市町在宅複合型施設春峯荘（介護保険の短期入所生活介護、通所介護、在宅介護支援センター）
出席者	非公開
提供資料	・法人概要パンフレット

1. 病院の基本情報（2010年10月1日時点）

経営主体	医療法人
開設年	1947年5月
概況	・許可病床数：264床（稼働は3病棟、174床） ・診療科目：精神科／神経科／内科／皮膚科／歯科
所在地域の特性、地域における病院の位置づけ	・奈良県南和圏域（面積は県の南半分を占めるが、人口は県全体130万人のうち8万人）で唯一の精神科病院である。 ・法人として、南和圏域の下市地区に、病院、老人保健施設、下市町在宅複合型施設があり、中和圏域の橿原地区に、サテライトクリニック・デイケア、老人保健施設、ペインクリニックを実施しており、下市地区・橿原地区の各機関が医療保険・介護保険の各種サービスを有機的に組み合わせて事業を展開している。

2. 病床数適正化の取り組み概要

(1) 病床数適正化に取り組んだきっかけ

<p>・平成16年8月に現在の理事長・下市病院院長が就任した当時、許可病床数264床に対して、200～210人しか入院患者がおらず、慢性期・高齢者を中心とした精神科医療で、医療経営状態も芳しくなかった。</p> <p>・その頃から、精神科病院の社会的入院、高齢化とうつ病対策、認知症対策が課題となっていたため、病院の基本方針として、急性期患者への対応、精神科在宅医療、高齢者対応（認知症を含む）を掲げた。具体的には、精神科医療にもケアマネジメントが必要と考え、相談員（精神保健福祉士）を6人配置した。相談員は、急性期の入院患者をマンツーマンで担当するほか、2人が療養病棟の長期入院患者の病棟担当となり、2人が外来担当として、入院から退院、地域生活支援までを一貫して支援する相談支援体制を確保した。また、行政、他の医療機関、介護保険施設、精神保健福祉サービスの事業所（作業所、地域生活支援センター等）等と退院時等に個別ケースで連携するほか、顔の見える関係を築くために定期的な挨拶まわりをしたりして、関係機関との連携強化を始めた。</p>

・しかし、従来の慢性期の患者を中心とした医療からの脱却ができず、急性期の患者の受け入れ態勢は整わなかった。そこで、病院の方針を明確にするために、患者 264 床（4 看護単位）を 80 床休床して、184 床（3 看護単位）に縮小し、看護基準を改善した。その後さらに 10 床を休床し現在の 174 床（急性期治療病棟（I）60 床+精神科療養病棟×2 病棟（60 床+54 床））に至っている。

(2) 事業転換のコンセプト・成功要因等

- ・病院の基本方針を急性期患者への対応、精神科在宅医療、高齢者対応（認知症を含む）とし、法人全体で病院の基本方針を実現する体制をとった。主な取り組み内容は以下のとおりである。
- ①長期入院していた統合失調症や認知症の高齢患者には、要介護認定を受けてもらい、少しずつ同一法人が運営する老健を中心とした介護保険施設へ退院させた。同一法人が運営する老健には精神科経験のある看護師や介護職員を異動させ、当院からの入所者に対応することで、ケアの継続性や精神疾患への対応の専門性を担保した。
 - ②行動障害のある認知症高齢者を積極的に受け入れ、薬物療法・作業療法等で精神状態が落ち着いた後は、外来通院、精神科訪問看護、老健の通所リハビリテーションで在宅支援を行った。また、在宅介護が困難な患者については老健への退院を推進した。
 - ③介護保険対象外とされた長期入院患者にも在宅への退院を勧め、自宅へ帰れない患者についてはアパートや援護寮等への退院を推進した。

(3) 事業転換スケジュール

- 第 1 段階（平成 15～16 年）：高齢者対応病棟での地域移行対象者の選定
 - ・各病棟の高齢者を療養病棟に集め、サービスの向上と各病棟機能の向上を図った。
 - ・地域移行と合わせて必要となる在宅支援の一環として、平成 15 年から精神科訪問看護を開始した。
- 第 2 段階（平成 17 年～18 年 6 月）：精神一般病棟の再編
 - ・効率良いベッドコントロールを行うため、高齢入院患者の要介護認定を進めるとともに、全身状態の悪い患者は療養型病院へ転院してもらうことを決め、状態像を把握するためのカンファレンス用紙を変更して、対象者の検討を行った。
 - ・地域移行が進むと、南和圏域だけでなく、中和圏域からの入院・外来患者が増えてきたため、平成 17 年 9 月に、近鉄橿原神宮前駅前にうねびやまクリニックを開設した。うねびやまクリニックと下市病院は電子カルテで情報を共有しており、症状が悪化した患者への対応においても病院と診療所が円滑に連携できるよう工夫されている。
- 第 3 段階（平成 18 年 6 月～19 年 8 月）：精神一般病棟を 94 床から 70 床へ減床
 - ・入院受け入れ機能を向上させ、入院を断らないで病床を減らした。具体的には、長期入院患者は療養型病院へ、全身状態の悪い患者は協力病院へ転院してもらう一方で、地域生活支援室を設置し、病院機能を明確化させていった。

■第4段階（平成19年9月～）：急性期治療病棟に挑戦

- ・地域のSOSに対応する機能を強化し、平成20年2月から急性期治療病棟の算定を開始した。
- ・地域生活支援の拠点としてのうねびやまクリニックでは、平成20年11月に精神科デイケアも開始している。現在、下市病院とうねびやまクリニックを合わせて約330人/月に訪問看護を行っており、デイケアも約500人/月が利用している。

(4) 病床数適正化前後の事業の概況

		2006年7月時点		2009年4月時点	
		病棟数	病床数	病棟数	病床数
病院	精神病床				
	一般病棟	2	150		
	急性期治療病棟			1	60
	精神科療養病棟	2	114	2	114
		箇所数	定員	箇所数	定員
デイケア				1	50
介護老人保健施設		2	200	2	200
訪問看護（介護・医療）				1	

3. 病床数適正化で地域移行に取り組んだ患者の概況

(1) 地域移行の対象者像（基本的な方針）

- ・特に療養病棟入院患者を対象に、退院の可能性を検討した。
- ・具体的には、65歳以上高齢者の場合、介護保険施設でも対応できる状態像かどうかをポイントに、要介護認定で要介護と判定される状態か、キーパーソンとなる家族がいるかどうか、経済状況が安定しているか、精神症状が安定しているかなどを検討した。
- ・あわせて、高齢入院患者の終末期医療、看取りはしないという方針にもとづき、本人・家族に説明し、適切な病院に転院してもらった。

(2) 病床数適正化前後の入院患者数

① 病床削減前の入院患者数：2006年7月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患	0	0	0	7	7	4%
統合失調症	0	45	62	20	127	71%
その他	0	11	19	15	45	25%
合計	0	56	81	42	179	100%
	0%	31%	45%	23%	100%	

②病床削減後の入院患者数：2010年7月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患	0	0	1	18	19	11%
統合失調症	0	30	60	13	103	58%
その他	0	10	15	23	48	27%
合計	0	40	76	54	170	95%
	0%	24%	45%	32%	100%	

③病床削減前後の入院患者の傾向変化

- ・病床削減後は統合失調症患者の割合が低くなり、認知症患者の割合が高くなっている。この影響もあって、年齢で見ると65歳以上の高齢者割合が高くなった。しかし、高齢者も介護保険を利用して、1年以内に9割が退院できるようになっている。
- ・病院全体で見ても、5年以上の長期入院患者の全体に占める割合が2006年は64%であったところ、2010年は46%になったことから、入院期間は短縮している。

	2006年6月末		2010年6月末	
	人数	割合	人数	割合
入院患者数合計	179	100%	170	100%
うち5年以上入院	110	61%	79	46%
うち5年以上10年未満	35	20%	16	9%
うち10年以上20年未満	47	26%	33	19%
うち20年以上	28	16%	30	18%

- ・病床適正化の取組み前（平成16年）は、年間120人程度の入退院があり、年間の病床回転率は67%、平均在院日数は565日だった。取組み後（平成22年）は、年間250人程度の入退院があり、急性期治療病棟の年間の病床回転率は4回転程度、全体平均でも141%、平均在院日数は260日となった。

(3) 基本的な地域移行プロセス

■対象者の決定、支援チームを構成

- ・地域移行対象者を、病棟カンファレンス、医局会、PSW部会で決定し、医師、看護師、PSWを中心とした支援チームを構成する。
- ・取り組み当初は、地域移行対象者を決定する共通の視点を職員全員が持ちにくかった。そこで、従来のカンファレンス用紙の様式を見直し、日精協マスタープランをもとにした独自様式を作成し、病棟再編成を視野に入れてそれぞれの患者の状態像を再アセスメントした。現在は、病棟再編成時に課題となった長期入院患者等の退院がほぼ終わったので、この様式は使っていない。

■支援計画の作成と実行

- ・各ケース担当者が、カンファレンスにて支援計画を作成する。入院後24時間以内に初回の計画が作成されるが、この時点で既に退院時期と退院先が主治医より提示され、これを受けて各

職種が支援し、1か月ごとに状況を確認し、ほぼ3か月で退院できる状態になっている。

- ・計画作成後、主治医（各担当者含む）との面談の場を設け、本人・家族にその内容を説明する。高齢者の場合は、介護保険制度等の説明もし、要介護認定を受けられる可能性がある場合は積極的に利用を勧める。
- ・要介護認定の結果に応じて、退院先を設定し、本人・家族との調整を行い退院計画の見直しを行いながら退院につなげていく。なお、退院先が在宅の場合は地域のケアマネと、老健などの介護保険施設の場合は各施設の相談員と連携をとる。（特に法人内の施設相談員やケアマネとは随時こまめに連絡を取り、月に1回は担当者の連絡会議も開催している）

■退院後のフォロー

- ・退院後も、在宅では訪問看護でのフォローや地域生活支援室での支援継続フォローが可能である。また、施設利用者の場合、法人内施設であれば情報交換を行っており状態悪化時の迅速な対応ができる。一方、法人外施設の利用者でも状態悪化時には随時相談に応じたり、必要に応じて病院スタッフが先方施設に出向いたりしている。

(4) 高齢入院患者の地域移行に関する課題

身体合併症への対応	・急性期疾患以外は、療養型病院へ紹介している。精神科との継続した共観が望ましい方も多く、精神科のある療養型病院の紹介もできるようにしている。しかし、精神科と他科のある療養型医療機関は県内にはなく苦勞しており、県外の医療機関の把握、連携にも努めている。
ADL低下への対応	・ADL低下に対応できるよう環境面、スタッフ面をあわせて病棟体制を再編成した。 ・入院中から要介護認定の可能性を評価し、適切な介護環境の検討をした。
関係機関との連携	・高齢者施設の利用を希望しても精神疾患の理解が得られにくく、利用前から断られる傾向にあったため、法人内の老健施設に精神科経験のある看護師・介護職員を配属し当院からの入所者に対応した。 ・法人内であっても老健で一定期間安定した生活実績があると、その先の介護保険施設への移行が可能となったケースもある。 ・また、法人外施設や他の医療機関へ退院した後も、状態悪化時には随時相談に応じたり、必要に応じて病院スタッフが先方施設に出向いたりして、受け入れ機関の専門性を補完し、先方スタッフの受け入れに伴う不安を軽減するよう配慮している。

(5) 高齢入院患者の地域移行事例

■昭和14年生まれ、女性のケース

- ・入院年月：昭和53年11月
- ・退院年月：平成19年4月（退院時84歳）
- ・入院の原因疾患：統合失調症、知的障害、両膝関節症
- ・当院では療養病棟で長期入院中だった。保護者は夫だったが、家族の面会はほとんどなかった。経済的には障害年金を受給していた。

H17.1	カンファレンスにて、精神状態は安定されているため、介護保険の申請を勧めるなど、退院に向けての方向性を検討。
H17.2	夫と面談し、介護保険のことや退院の生活について話し合う。
H17.11	夫が9月に死去。11月に再度長男と面談。
H18.5	要介護認定調査を受ける。
H18.8	要介護認定の審査結果を受けて、長男と面談。在宅介護は困難のため、介護保険施設の利用を希望。(特養3か所に入所申込)
H18.12	法人内老健に入所申込するとともに、特養の優先入所手続きを行う。
H19.4	病院を退院し、法人内老健に入所。
H20.3	特養に入所。

・本人・家族の感想：

・職員の感想：

4. 職員体制の変化

(1) 病床数適正化前後の職員体制の変化

① 病床削減前の職員体制(常勤換算人数)：2006年7月時点

職種	病院		老健そよ風荘		老健花櫃	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師(精神科)	5	0.7	0	0	0	0
医師(他科)	0	0.6	1	0.5	1	0.5
歯科医師	0	0.5	0	0	0	0
看護師	23	2	4	0	4	1.1
准看護師	18	4.1	6	0.7	4	0.3
看護補助者・介護職員	33	2.1	25	2.6	16	4.4
薬剤師	2	1.6	0	0.3	0	0.3
作業療法士(OTR)	3	0	0	0.7	2	0
PT	0	0	0	1.3	0	0.4
精神保健福祉士	4	0	0	0	0	0
心理技術者	1	0.5	0	0	0	0
管理栄養士・栄養士	2	0	1	0	2	0
診療放射線技師	1	0	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	1	1	0
介護福祉士	0	0	8	0	7	0
調理師	6	0	0	0	0	0
調理員	8	0	2	0	0	0
検査職員	0	0.2	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0.4	0	0	0	0
事務職員	14	0	3	0	1	0
その他	1	2.4	5	0	1	0

②病床削減後の職員体制（常勤換算人数）：2010年7月時点

職種	病院		老健そよ風荘		老健花櫃		うねびやま CL	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師（精神科）	5	0.9	0	0	0	0	0	2
医師（他科）	0	0.6	1	0.8	3	0	0	0
歯科医師	0	0.5	0	0	0	0	0	0
看護師	28	0.9	5	0.9	7	1.3	2	0.9
准看護師	17	1.6	5	0	2	1	0	0.8
看護補助者・介護職員	28	3.7	26	6.1	26	4.6	0	0.4
薬剤師	4	0	0	0.3	0	0.4	0	0
作業療法士（OTR）	8	0	0	0.1	3	0	0	0
PT	0	0	3	1.1	2	0.6	0	0
精神保健福祉士	7	0	0	0	0	0	0	0
心理技術者	0	2.6	0	0	0	0	0	0.2
管理栄養士・栄養士	2	0	1	0	2	0	0	0
診療放射線技師	1	0	0	0	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0.4	1	0	0	0
介護福祉士	0	0	10	0.8	11	0	0	0
調理師	10	0	0	0	0	0	0	0
調理員	6	0	1	0	0	0	0	0
検査職員	0	0.2	0	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0.4	0	0	0	0	0	0
事務職員	18	0.6	3	0	2	0	2	0
その他	0	5.1	0	3	2	0	0	0

(2) 体制変化に伴う職員フォローの実施

- ・基本的な考え方として、「入院医療から在宅医療」「地域の SOS に対応する」「入院を断らない」の三本柱を掲げ、法人のビジョン、経営の基本方針、病院・老健の理念を明確にし、年度ごとに経営・運営方針を掲げ、各部署が目標をあげ、課題意識を持って取り組みを進めてきた。
- ・基本的には国の精神保健医療福祉施策に沿って取り組みを展開したが、新人教育と並んで、ベテラン職員が従来の意識（無理に退院させるのはかわいそう。退院は安全に慎重に）を転換するのが大変だった。職員の意識統一のため、以下のような取り組みを行ったが、一時期は理念の共有がうまくいかず離職率が高まった時期もある。そのようなときは、医師等が積極的に現場でのスーパーバイズを実施し、今の取り組みの重要性を仕事を通じて実感できるようにした。
 - ①年度初めの院内研修、目標報告会での報告、各部会で説明、各課での説明を丁寧に行った。
 - ②病棟再編成に伴って大幅な勤務変更を実施した。勤務変更の際に留意した視点は、看護度と介護度のバランスをとること、入院受け入れ機能を向上させるため衝動性のある患者対応のための男性スタッフの配置を工夫すること、経験年数のバランスをとること等である。

③入院医療主体から地域保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換するため、法人内の医療保険施設と介護保険施設間で管理職級も含めた人事異動を行い、分野間連携を強化した。

④精神保健医療福祉の動向を知り、病院方針・運営の円滑な推進を図るため、日本精神科病院協会主催の通信教育各コース（指導者・上級・基礎・精神科介護士）を受講するとともに、精神科関連の各学会（日本精神科病院協会精神医学会・日本精神科看護学会等）に参加する等、職員研修の充実を図った。

- ・急性期治療病棟を始めたことで、各職種が、どうやって退院を進めるか、入院時点からゴールを見据えて連携しようという意識を持てるようになった。
- ・各職種の動きを効率的に情報共有するために、電子カルテが有効に機能している。

5. 収支状況の変化

(1) 病床数適正化前後の事業活動収支の変化

- ・療養病床の収益はほとんど変わらない（患者一人1日あたり13500円程度）が、一般病床は2600万/年から3000～3500万/年に収益が上がった。（患者一人1日あたり11500円→19000円）
- ・老健の利用者一人当たり収入は、病院に比べると低いが、医療系職種が少なくいので人件費は安く、結果的に収益は高い。（要介護3～5の利用者であれば、病院と変わらない収益確保が可能）
- ・病院全体の収益は病床数を減らして一時的に落ち込んだが、現在は元の水準に回復できている。

(2) 病床数適正化後の収支状況の維持・改善方策

- ・急性期治療病棟のアメニティ部分を中心に一部改装したが、全て自己資金で賄った。

(3) 病床数適正化の際に活用した財源

- ・特になし。

6. 病床数適正化で生じた既存の建築物の改築・改修

- ・平成19年12月に2病棟1階、平成20年3月に2病棟2階と2回にわたって病棟リニューアル工事を行った。
- ・主な工事内容は以下の通り。
 - ①病棟全体を落ち着いた雰囲気へ改修（壁紙、床材、電灯の入替え等）
 - ②機能的に、診察室を分割増数、車椅子用洗面台を設置、収納庫を設置。
- ・費用は平成19年12月（2病棟1階）1,360万、平成20年3月（2病棟2階）1,125万であった。

7. その他

(1) 高齢入院患者の地域移行に伴う病床数適正化に取り組みの影響

①プラス面

■患者・家族にとって

- ・当初は慣れ親しんだ環境が変わることに抵抗する場合も多いが、実際に移ってみると良かったという声があり、家族のかかわりが密になったケースもある。

・取り組み当初は抵抗感もあったが、今は入院時から退院に向けた話し合いや丁寧な説明をしているので、患者・家族もこういうものだとして自然に受け止めている印象である。

■スタッフにとって

・マンパワーの少ない状況で、介護度が高く全身管理の必要な高齢入院患者の対応により、職員は疲弊しモチベーションが下がる。このような高齢患者に適切な施設に移行させることにより、職員は余裕ができ、精神科医療・看護に集中できるようになった。

②マイナス面

■患者にとって

■家族にとって

■スタッフにとって

■地域住民にとって

(2) 病院としての今後の展開

・精神科医療と介護保険事業との連携を極めたい。
・現理事長・院長は法人内老健の施設長を長年つとめており、介護保険制度にも精通している。介護保険制度は、陽性症状の落ち着いた高齢障害者にとってうまく使えば有効な制度であり、精神科医療の特徴を生かした人員配置や加算を提案し病床適正化の方策の一つとして活用できるのではないかと考えている。

(3) その他自由意見

・精神科病床を高齢者施設（介護保険施設）に転換できる選択肢を作してほしい。

以上

3-5 大泉病院（東京都練馬区）ヒアリング調査結果

訪問日時	2010年12月20日(月)15:00～17:00
訪問場所	医療法人財団 厚生協会 大泉病院（東京都練馬区大泉学園町6-9-1）
出席者	非公開
概況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者：医療法人財団厚生協会 ・ 併設施設：あさか台メンタルクリニック 大泉メンタルクリニック ねくすと西大泉（グループホーム、ケアホーム） ショートステイねくすと
提供資料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援クリニカルパス運用手順（フローチャート） ・ 退院準備クリニカルパス（様式Ⅰ） ・ 退院支援チェック表 ・ 退院に向けてのチェック表 ・ 新施設図面（別途郵送いただく予定） ・ 新施設建築時の経営シミュレーション資料（ご提供は別途相談） ・ しあわせ倶楽部テーマ一覧表 <p>※ クニリカルパス運用手順等の公開是非は別途確認が必要</p>

【概況】

病床の老朽化、入院患者の高齢化と長期在院患者の増加、救急など入院ニーズの増加といった課題に対応すべく、①地域移行②病床数削減③全病棟新築④救急・ストレスケア入院の強化をパッケージとした非常に大がかりな計画でが間もなく完成しようとしている。

高齢入院患者については①退院促進プロジェクトチームが編成され、独自のクリニカルパスを用いて各職種が積極的に関わることによって退院を推し進めていた。東京都・埼玉県南部に公的あるいはNPOなどによる社会的資源が豊富にあることが幸いしていた。グループホーム・ケアホームなどの地域移行居住施設を積極的に整備してきたが、消防法などの規定変更により今後の整備がストップした状態になっているのは大きな問題である。法的なアシストが無ければこれ以上の地域移行は困難になるであろう。

減床により、医業収益は約9300万の減少となる一方、医業費用は増大しており、結果として医業利益は約1億2千万円の減少となっている。新築後に期待される増収の柱は2011年より開設する予定の精神科救急入院料算定病棟である。すでに精神科医常勤医師数を10名から14名へと増員し、看護職員なども同様である。職員の募集については大きな問題となっていないようであった。これまでの病院の実績、立地の良さ、人的関係の濃厚さなどがあっての事だろうが、多くの病院にとって人員配置は高いハードルとなっており非常に恵まれた例と言える。

外来患者数の増加も大きな収入の柱である。西武池袋線、東武東上線という病院を挟むようにして存在する通勤幹線があり、それぞれの主要駅の駅前に同一法人による精神科診療所を設置し、非常に急速に患者数を伸ばしている。病院との合計で1日300人以上の受診があり、この3年でひとつの診療所は倍以上に伸びており、精神医療の外来への移行の流れを的確につかんでいる。立地と豊かなマンパワーを生かした経営であるが、これも非常に恵まれていると言える。

大泉病院は成功例である。しかしここから分かるように、地域移行はそれを補う新たな収益の柱が必要である。全国で地域移行を進めるのであれば、新たな柱を欠く病院でも可能なユニバーサルな制度が必要である。

1. 病院の基本情報

経営主体	医療法人
開設年	1954年
概況	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数：326床（開放病棟3棟、閉鎖病棟3棟） ・診療科目：精神科／神経科／心療内科、歯科（精神保健相談）
所在地域の特性、地域における病院の位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・東京都練馬区の人口は約71.4万人（2010年11月時点） ・練馬区、板橋区等を含む区西北部医療圏は人口179万人で、精神科病床数は東京都全域（三次保健医療圏）で基準病床（22,810）、既存病床（25,320）となっている。 ・練馬区では、精神科病院が6ヶ所、診療所が21ヶ所ある。特に、順天堂大学練馬病院、日本大学練馬光が丘病院等近隣に大規模医療施設等もあり、競合先は比較的多い環境にある。 ・東京都では、精神障害者退院促進支援事業を実施しており、平成17年度2箇所であったモデル実施を平成20年度では、12箇所に拡充している。練馬区や近郊の埼玉でも区や県の事業として、地域への退院を促進している状況にある（練馬区地域ボランティア「街の駅」、埼玉県活動支援センター「つばさ会」等）

2. 病床数適正化の取り組み概要

(1) 病床数適正化に取り組んだきっかけ

施設の老朽化が進み、入院患者はより快適な環境を求めため施設の改築は必要であった。そのさい、入院期間の短期化、長期入院者の減少により、従来のベット数は不要となったという要因と同時に、新施設の建築にさいして、建ぺい率の縮小や住民との調整等諸所の理由により、病床数の削減（326→240床）もあり、適正化への取り組みが必須要件となった。これについては、救急入院病棟の導入により、経済面での病床削減が可能となったことも大きい。

(2) 事業転換のコンセプト・成功要因等

① 事業転換のコンセプト

以下の事項をコンセプトとした。

- ・ 精神科救急病棟の導入 …… 精神科救急病棟導入に伴う加算により、患者の地域移行に伴う減収を補填することが可能となった。
- ・ 地域医療への移行、グループホームの利用……退院促進プロジェクトチームを編成
- ・ 訪問看護の充実 …… 移行後の患者・家族への十分なフォロー
- ・ 地域のサポートシステムとの連携 …… 練馬区や、近隣の埼玉県の行政の支援もあり、比較的円滑に移行を実施。ただし、2年前の開始当初はなかなか行政の支援も得られにくく、繰り返し意見交換を実施。
- ・ 高齢入院者は専門施設へ移行

② 成功要因

退院促進プロジェクトチームを編成し、積極的な退院促進を実施。退院促進プロジェクトチームでは、「退院支援クリニカルパス」を作成。退院前から患者への指導、患者・家族との合意形成、受入先、自治体等関係団体との調整を実施した。「退院支援クリニカルパス」で確認する事項については、定期的開催するカンファレンスで各職員が情報共有することを心がけた。患者への指導では、「しあわせ倶楽部」という名称で、ADLに関すること、福祉制度や支援サービス、社会資源や退院してから利用する施設の見学、退院後の生活不安に関すること等のテーマを設定し、週1回、1ヶ月から1ヶ月半を1クールとした支援を実施した。このような支援を行うことにより、患者・家族との合意形成が上手くできたことが成功要因と考えられる。

(3) 事業転換スケジュール

年月	取り組み内容
2008.10	「ねくすと西大泉」（グループホーム6床、ケアホーム4床）、「ショートステイねくすと」（1床）を発足。専門職で運用開始
2009.4	退院促進プロジェクトチームを設置し、積極的な退院促進を開始
2011.5	新棟完成。この時点で、病床数は240床に減少。新棟完成に向けて、今後も高齢入院者は専門施設へ移行する予定。その後、1年半程度の期間で残りの病棟も改築する計画。

■ 病床規模の縮小

- ・ 現在、326床ある施設を当初は、268床で運用することを想定していたが、建物建ぺい率の規制や地域住民との調整のより、最終的に2011年5月時に240床にダウンサイズすることとした。
- ・ そのさい、精神科救急病棟導入による経営シミュレーションを実施し、病床を縮小しても運営上可能なことを確認した。

■ 「ねくすと西大泉」(グループホーム、ケアホーム)の建設

- ・ 消防法による各種規制が厳しく、採算が厳しい状況であったが、新施設を建設し運営を開始。

(4) 病床数適正化前後の事業の概況

		2006年4月時点		2006年10月時点		
		病棟数	病床数	病棟数	病床数	
病院	精神病床		380		326	
	一般病棟		380		326	
	精神科救急病棟					
	急性期治療病棟					
	精神科療養病棟					
	認知症病棟(医療型)					
	認知症病棟(介護療養型)					
	特殊疾患病棟					
	一般病床					
	療養病床					
	感染症病床					
	結核病床					
			箇所数	定員	箇所数	定員
	ショートケア				1	
デイケア		2		2		
ナイトケア						
デイナイトケア		1		1		
生活訓練施設						
福祉ホームB型						
精神入所授産施設						
精神通所授産施設						
地域生活支援センター						
共同住居						
グループホーム・ケアホーム(自立支援法)				1		
日中活動事業所(自立支援法)						
施設入所支援(自立支援法)						
ショートステイ						

	2006年4月時点		2006年10月時点	
地域活動支援センター				
認知症対応型共同生活介護				
介護老人保健施設				
介護老人福祉施設				
ホームヘルプ（介護・障害）				
訪問看護（介護・医療）				

3. 病床数適正化で地域移行に取り組んだ患者の概況

(1) 地域移行の対象者像（基本的な方針）

① 対象者のイメージ
<ul style="list-style-type: none"> ・ 年齢:30代～60代、疾患:統合失調症、入院期間:1年以上、発症年齢:20歳前後 ・ 家族状況:両親は高齢化または不在、兄弟とは疎遠となっているケースも多い。 ・ 経済状況:年金、生活保護受給等 ・ 移行先:家族のもと、単身アパート、高齢者施設、グループホーム等
② 高齢入院患者の地域移行に取り組む方針
<ul style="list-style-type: none"> ・ 第一に本人の意向を確認して、それを尊重 ・ クリニカルパスを利用し、十分な支援・福祉サービスの準備 ・ 身体合併症を有する方は、慎重に検討し、対策を策定 ・ 70歳以上の高齢者は、基本的に単身生活は避ける、もしくは十分な支援対策を策定。 ・ 自立支援プログラムの提供(提供資料参照)

(2) 病床数適正化前後の入院患者数

① 病床数適正化前の入院患者数：★年★月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患						
統合失調症						
その他						
合計						

② 病床数適正化後の入院患者数：★年★月時点

	20歳未満	20～40歳代	50歳～64歳	65歳以上	合計	
認知症性疾患						
統合失調症						
その他						
合計						

③病床削減前後の入院患者の傾向変化

- ・ 現在実施中の全面改築にあたり、まず平成19年に28床減少。高齢者、主に寝たきりの患者に専門施設に移っていただいた。
- ・ 工事開始とともに、28床減少。高齢者は専門施設への移行と、前述の地域移行プロジェクトによる地域移行で入院患者の減少を行った。
- ・ 入院患者の低年齢化が見られたが、高齢者の入院は少なくはなっていない。入院患者の高齢化も進んでいる。

(3) 基本的な地域移行プロセス

クリニカルパスに沿った支援を実施（別紙参考資料）

① 支援チームの構成

本人、医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、デイケアスタッフ
訪問看護スタッフ、家族、
院外関係機関（保健師、福祉事務所担当者、退院促進支援員～地域支援センター、
作業所スタッフ、ケアマネージャー、その他）

② 一般的なプロセス

- 1) 対象者の決定 : 本人の意向、地域移行の可能性の高い方
- 2) 支援チームの編成 : 上記関係者
- 3) カンファレンス（進行状況に合わせて、及び必要に応じて）
: 目標確認、評価、支援計画の作成、各支援メンバーの役割分担
実施状況の確認と計画の修正
- 4) 退院後の生活準備及び住居の設定
→ 家族への理解・了承を得る、施設等の入居手続き、アパートの契約
日常生活用品、家財道具、家電製品等の購入と設置
ライフラインの開通（電話・電気・ガス・水道）
外泊訓練、（並行して）日中活動への導入及び生活リズムづくり
- 5) 退院後の支援サービスの準備・手続き
→ 訪問看護（退院前・退院後）、デイケア、デイサービス、ホームヘルパー、
ショートステイ、年金・生活保護の申請等

(4) 高齢入院患者の地域移行に関する課題

身体合併症への対応

- ・ 精神科外来受診と併せて他科受診の継続及び導入
- ・ 服薬自己管理の徹底とサポート（訪問看護や支援機関の利用）
- ・ 日常の健康管理への教育とサポート（訪問看護や支援機関の利用）
- ・ 食生活に関する情報提供や教育
- ・ 支援機関（デイケア・デイサービス・生活支援センターなど）での食事摂取の勧め、配食サービスの導入、保健所の栄養指導の利用、調理実習

ADL低下への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームヘルパーの導入 ・ 訪問看護の導入 ・ 社会資源の利用について、情報提供や教育をする
関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケア、デイサービス、訪問看護・訪問看護ステーション、福祉事務所、保健所、地域生活支援センター、社会福祉協議会、作業所、地域ボランティア(街の駅)、家族との緊密な連携
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・

(5) 高齢入院患者の地域移行事例

性別：女性、 年齢：70歳、 疾患：統合失調症、 入院期間：8年（通算23年）
 発症年齢：35歳 障害年金受給
 家族状況：離婚歴あり、娘1人、兄・姉・弟、 移行先：単身アパート

支援経過

- ・ 本人の意向は、初めは姉との同居が希望であった。
- ・ 姉宅への外泊等の支援を地域活動支援センターが担っていた。
- ・ 姉の認知症が疑われ次第に進行、同居は無理と本人・関係者も判断。
- ・ 地域移行を進めるに当たっては、弟夫婦から方針の相談・確認と協力が得られた。
 （カンファレンスへの出席、姉との連絡や状況確認、アパートの保証人等）
- ・ 入院中 OT 活動（手芸や書道）に参加しており、退院が具体化してからは、自立支援プログラムにも参加していた。
- ・ 支援チームがカンファレンスによって役割分担をして進めた。
 医師 : 退院へ向けた方針決定、各種処方箋
 病棟（看護師）：ADL 評価、退院後の課題の提出、
 相談科（PSW）：アパート探しから契約の手続き、介護保険・自立支援等の支援手続き
 退院促進支援員：外出、外泊の同行支援、住民票の移動、生活保護申請、
 大きな家電製品の購入援助、ケアマネとの連携
 OT 科：生活用品や家財道具等、居室準備（寝具、カーテンなど）、ライフラインの開通
 デイケア導入や外泊訓練のスケジュール調整、自立へ向けた技能修得プログラム
 訪問看護：退院前訪問、退院後の訪問スケジュールの調整
 デイケア：日中活動への導入、協力と受け入れ
 PJ（地域移行プロジェクト）：カンファレンスの設定、全体の調整、家族との連絡等

4. 職員体制の変化

(1) 病床数適正化前後の職員体制の変化

- 急性期対応に備え、常勤医師を4名増員。そのほか、作業療法士、精神保健福祉士等若干名増員した。
- 一方、病棟縮小に伴い、准看護師(44.1→38.5)、看護補助者・介護職員(37.2→33.5)と縮小を行った。医師、看護師ともに、大学病院や看護学校等との連携もあり、職員の確保は問題とはなっていない(紹介会社は使用していないとのこと)

①病床削減前の職員体制(常勤換算人数):西暦(2006)年(4)月時点

職種	病院		A施設		B施設		C施設	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師(精神科)	10	2.5						
医師(他科)								
歯科医師		0.7						
看護師	74	8.2						
准看護師	32	12.1						
看護補助者・介護職員	29	8.2						
薬剤師	7							
作業療法士(OTR)	7							
PT・ST等								
精神保健福祉士	9							
心理技術者	6							
管理栄養士・栄養士	3	1.0						
調理員	13							
検査職員	2	0.7						
事務職員	17	1.7						
その他	4							

②病床削減後の職員体制(常勤換算人数):西暦(2010)年(10)月時点

職種	病院		A施設		B施設		C施設	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師(精神科)	14	2.7						
医師(他科)	0	0.2						
歯科医師	0	0.8						
看護師	67	15.7						
准看護師	25	13.5						
看護補助者・介護職員	21	12.5						
薬剤師	5	1.5						
作業療法士(OTR)	10	0.7						
PT・ST等								
精神保健福祉士	10							
心理技術者	4	0.5						
管理栄養士・栄養士	3	1.0						
調理員	9							
検査職員	1	1.4						
事務職員	18	2.7						
その他	3							

(2) 体制変化に伴う職員フォローの実施

--

5. 収支状況の変化

(1) 病床数適正化前後の事業活動収支の変化

大泉病院単体	医業収査は平成 18 年度病床削減前	2,230,111,060 円	379 床
〃	〃	平成 19 年度病床削減後	2,136,665,000 円
		前年比では (18 年－19 年)	▲93,446,000 円
			351 床 (▲28 床) 19 年 8 月 1 日
		15:1 入院基本料	19 年 11 月 1 日

① 医業収益

	平成 19 年 (千円)	平成 18 年 (千円)	前年比 (千円)
入院料	1,668,677	1,749,048	▲80,421
室料	22,975	25,370	▲2,395
精神科外来	425,834	425,225	609
歯科診療科	6,696	8,713	▲2,017
文書料	12,481	21,704	▲9,222
	2,136,665	2,230,111	▲93,446

大泉病院の入院部門では、入院単価は上がった(18年 13,077 円－19年 134,171)が入院延患者数の減少(▲9,403 人)により前期比で下回った。

② 医業費用

	平成 19 年 (千円)	平成 18 年 (千円)	前年比 (千円)
人件費	1,512,189	1,474,944	37,244
材料費	243,788	254,149	▲10,361
一般経費	207,061	197,977	9,084
委託費	40,192	69,714	▲29,522
研究雑費	2,643	2,657	▲13,772
減価償却費	48,326	44,643	3,682
その他	16,541	430	16,111
	2,070,741	2,044,516	26,225

③ 医業利益

平成 19 年 (千円)	平成 18 年 (千円)	前年比 (千円)
65,923	185,594	▲119,671

入院延数 9,403 人×1 日単価 13,417 円÷126,160(千円)の減収

④ 平成 19 年度医療データ

大泉病院

	19 年	18 年	増減
入院患者数	786 人	824 人	▲38 人
入院延数	123,538 人	132,941 人	▲9,403 人
1 日平均患者数	337.54 人	364.22 人	▲26.68 人
病床利用率	93.67%	96.08%	▲2.41 ポイント
平均在院数	153.08 日	162.12 日	▲9.04 日
1 日単価	13,417 円	13,007 円	410 円

①病床削減前の事業活動収支：西暦（2006）年度

	病院	A施設	B施設	C施設
医業収益	2,230,111,060	181,513,487	68,423,598	45,783,000
入院	1,774,467,663	0	0	0
外来	433,938,810	177,394,229	66,876,217	0
その他	21,704,587	4,119,258	1,547,381	45,783,000
医業費用	2,044,516,328	122,236,125	60,009,649	54,608,583
給与	1,446,534,837	100,132,544	88,837,356	41,074,176
役員報酬	28,409,715	0	0	0
医薬品費	133,306,650	571,761	312,561	0
給食材料費	99,680,010	0	0	3,560,000
診療材料費	21,162,604	92,460	83,998	0
経費	197,977,098	11,347,800	11,149,902	8,836,713
研究研修費	2,657,036	14,150	56,060	62,300
委託費	69,714,626	7,556,970	5,073,599	841,050
減価償却費	44,643,932	2,520,440	4,496,173	234,344
その他	429,820	0	0	0
医業利益	185,594,732	59,277,362	8,413,949	8,825,583

②病床削減後の事業活動収支：西暦（2009）年度

	病院	A施設	B施設	C施設
医業収益	2,144,853,968	195,103,491	165,284,236	26,208,695
入院	1,660,611,966	0	0	0
外来	471,541,625	189,396,117	161,019,140	0
その他	12,700,377	5,707,374	4,265,096	26,208,695
医業費用	2,017,177,869	132,386,960	111,069,320	47,685,538
給与	1,434,592,179	109,535,768	90,509,739	32,715,240
役員報酬	27,945,200	0	0	0
医薬品費	134,993,476	3,344,832	4,051,598	0
給食材料費	91,887,165	0	0	2,952,016
診療材料費	16,370,943	143,725	222,209	0
経費	220,904,586	15,295,050	11,260,847	10,177,324
研究研修費	6,399,466	1,200	0	0
委託費	42,703,950	1,625,749	2,377,948	979,335
減価償却費	41,044,904	1,649,774	2,646,982	861,623
その他	336,000	790,862	0	0
医業利益	127,676,099	62,716,531	54,214,916	21,476,843

(2) 病床数適正化後の収支状況の維持・改善方策

- ・ 計画では平成19年8月1日379床から351床、平成22年4月13日326床、平成23年5月1日240床予定。
総事業費2,680,270,000円(税込)
- ・ 人件費の抑制(常勤からパート化へ)、経費節約(購入価格、金利、経費等再見積)等

(3) 病床数適正化の際に活用した財源

近代化補助金 537,598,000円 福祉医療機構 1,560,000,000円 市中銀行 300,000,000円
自己資金 282,672,000円

6. 病床数適正化で生じた既存の建築物の改築・改修

・
・延面積：7459.63 m ² 建ぺい率 33.95% (40%) 容積率 99.93% (100%)
・目的 ①施設の老朽化によって損なわれている入院患者の安全性の確保及び居住性の改善 ②精神科救急・急性期医療の拡充と強化 ③ストレスケア病棟の新築、個室化、アメニティの向上 ④地域の高齢者の精神科治療の受け入れ体制の確保 ⑤高齢者対応の施設、設備のバリアフリー化 ⑥精神科デイケア、ナイトケア、ショートケア施設の改築による精神科在宅支援機能強化 ⑦外来機能の向上
単なる老朽化の対策としての改築だけでなく医療機能の強化と療養環境の改善、地域高齢者ニーズへの対応そして精神医療の「地域モデル」への転換を目指す。
・費用 ①建築費 2,278,500,000 円 ②設計監理 100,170,000 円 ③その他経費 3,016,000,000 円 (不動産取得税他 100,000,000 円、CT・X線他 54,600,000 円、ベット 42,000,000 円 事務器具・医療器具他 105,000,000 円)
合計 2,680,270,000 円

7. その他

(1) 高齢入院患者の地域移行に伴う病床数適正化に取り組みの影響

①プラス面

■ 患者単価及び入院回転率の向上
・ 精神科救急病棟導入に伴い、入院患者の入院単価、回転率が向上。

②マイナス面

■ グループホーム導入時の厳しい消防法の規制条件の緩和
・ 消防法等の規制への建築上の対応要件が多く、グループホームの初期取得コストが高い。消防法規制等の緩和を期待したい。
■ プロジェクトチーム等の業務負担に見合った診療報酬上の評価
・ 退院促進プロジェクトチームは、多くの職員が、関係団体・施設との調整に多くの業務時間をかけており、地域移行を促進する事務負担は極めて大きく、診療報酬上の評価再考を期待したい。

(2) 病院としての今後の展開

■ 急性期としての特化の推進
・ 今後、新棟稼働に伴い、当院は、急性期精神への特化を推進する。

(3) その他自由意見

■

以上

検討委員会 15名

かわさき 河崎	たつひと 建人	水間病院 院長	日精協副会長
ながせ 長瀬	てるよし 輝 誼	高月病院 理事長	日精協副会長
ちば 千葉	ひそむ 潜	青南病院 理事長	日精協常務理事
みなみ 南	よしたけ 良武	木島病院 理事長	日精協常務理事
かんの 菅野	たかし 隆	東武中央病院 院長	日精協常務理事
ひらかわ 平川	じゅんいち 淳一	平川病院 院長	日精協理事
さいとう 齋藤	しょうじ 章二	斎藤病院 理事長	日精協理事
さくらぎ 櫻木	しょうじ 章司	桜木病院 院長	日精協 政策委員会委員長
なおえじゅいちろう 直江寿一郎		旭川圭泉会病院 院長	日精協 医療経済委員会委員
ささき 佐々木	はじめ 一	佐々木病院 理事長	日精協 医療経済委員会委員
まやはら 馬屋原	けん 健	光の丘病院 理事長	日精協 医療経済委員会委員
まつもと 松本	よしお 善郎	たなか病院 副院長	日精協 医療経済委員会委員
たぐち 田口	まさもと 真源	大垣病院 院長	日精協 高齢者医療・介護 保険委員会委員
いとう 伊藤	ひろと 弘人	国立精神・神経センター精神保健研究所	社会精神保健部長
やまだ 山田	やすお 康夫	国立保健医療科学院 経営科学部	主任研究官

事務局 (社団法人)	日本精神科病院協会)
事業責任者 主任	北原美喜子 (業務全般)
事業担当者 係員	竹本 瑞紀 (データ集約・管理)
事業担当者 係員	大竹 正道 (資料収集・集約)
事業担当者 係員	杉本 健 (老人保健関連)

経理責任者 部長	挽地淳二 (経理管理)
経理担当者 主任	松本明子 (経理全般)