

長野構成員 提出資料

愛南町における 精神科医療の構造変革の実践より



愛媛県南宇和郡 愛南町

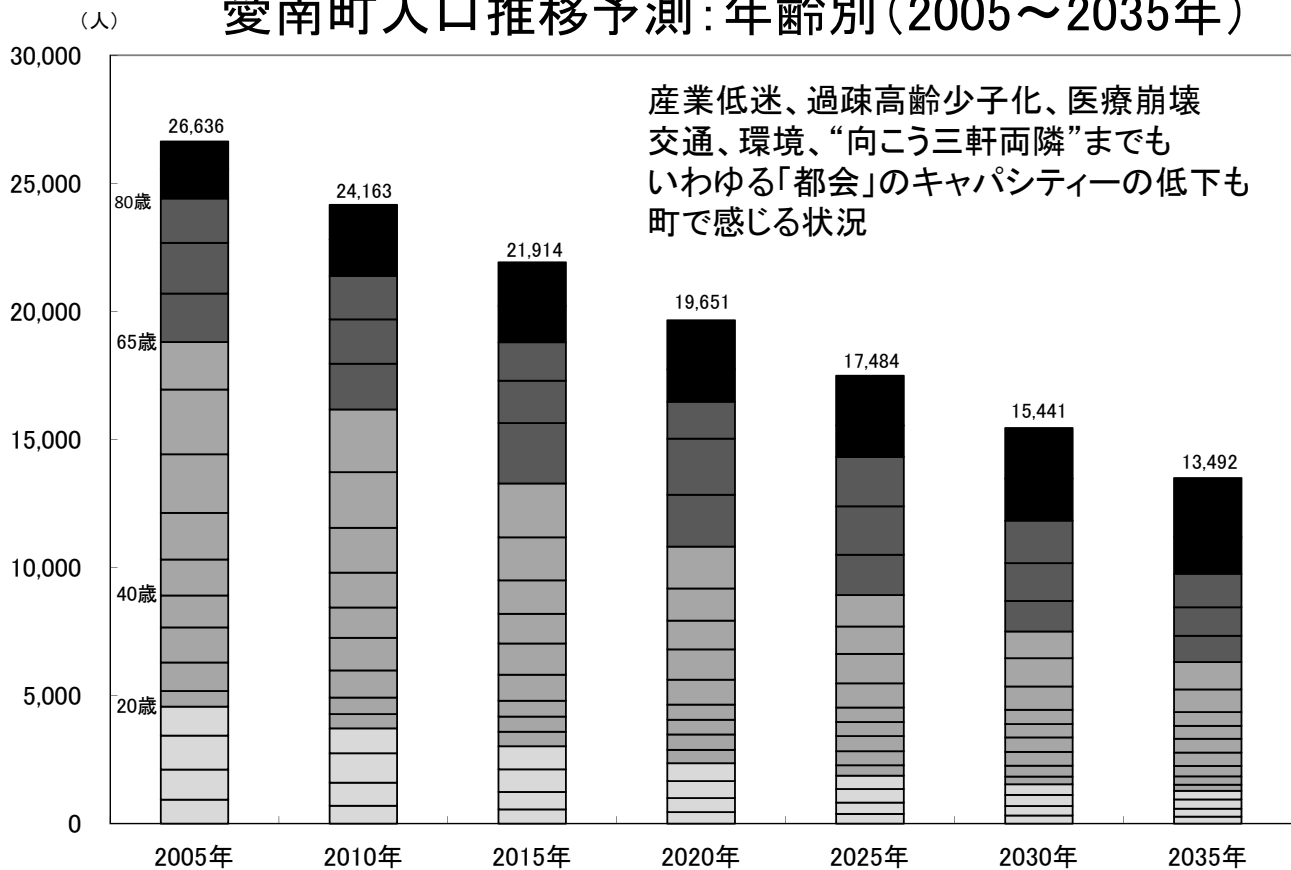
宇和島市

45km

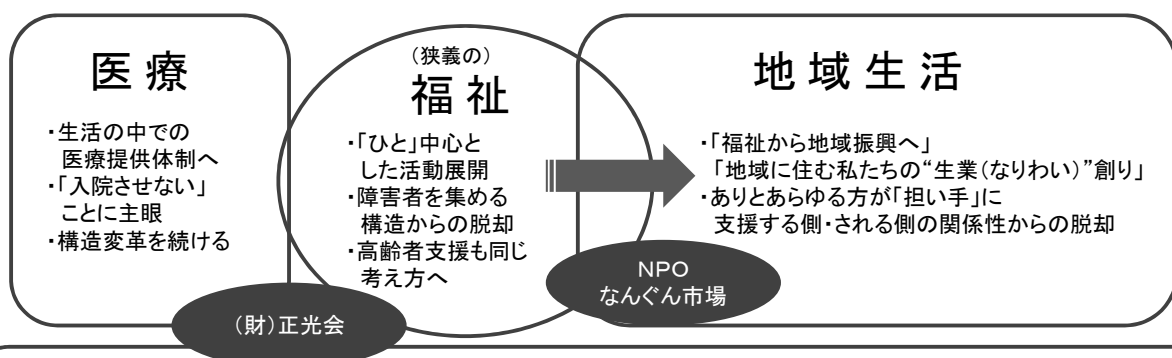
- ・松山から自家用車で2.5時間
- ・保健所は統廃合で宇和島に(H16)
- ・交通過疎～医療圏と生活圏がほぼ一致、～地域に責任、
キャッチメントエリアが明確

人口	24,189人(平成25年7月) ← 31,080人(平成9年)
	16年間で約7,000人の減、住民票に基づくデータ
高齢化率	34.99%(平成25年6月 後期高齢者19.34%)

愛南町人口推移予測：年齢別（2005～2035年）



愛南町、私たちの実践の場と方向性



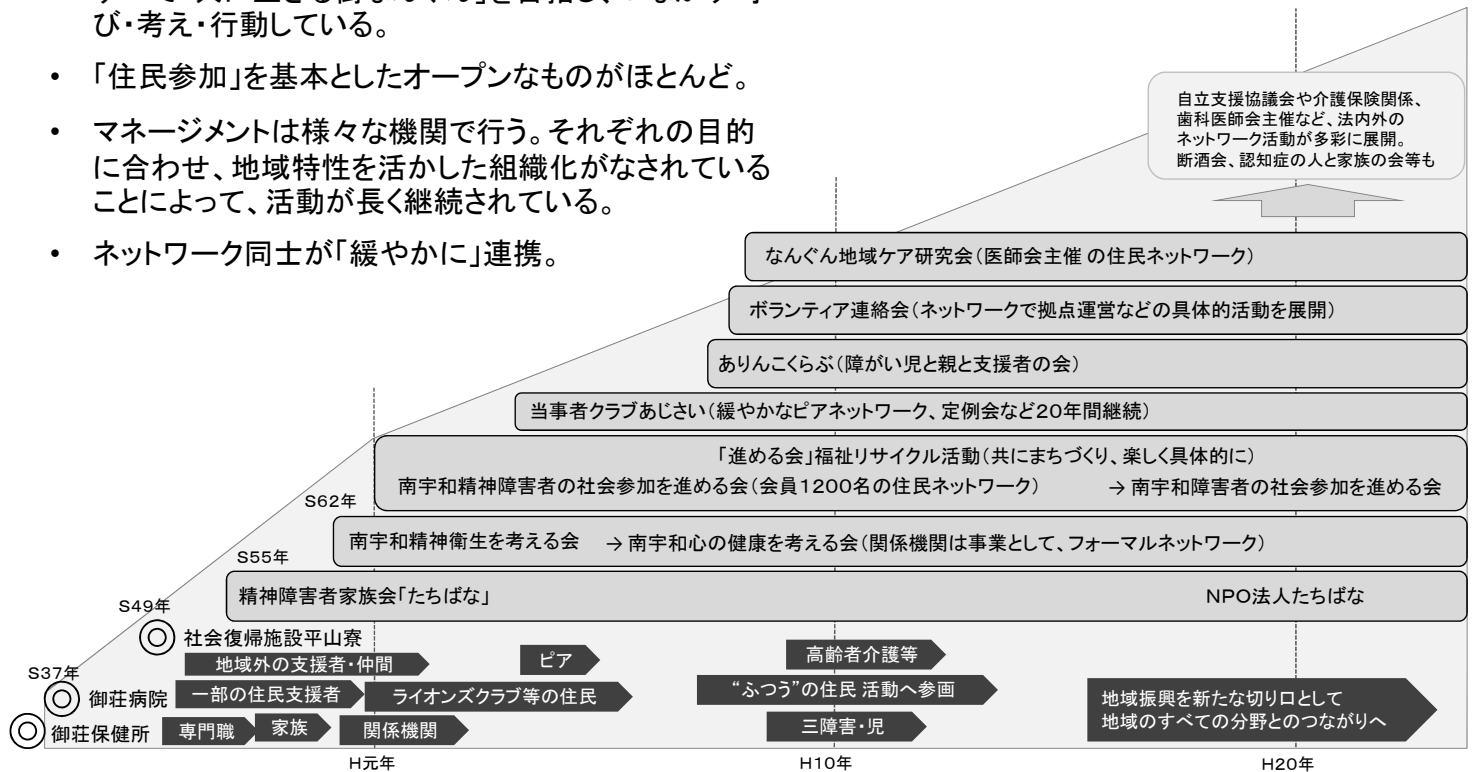
目的を明確化したネットワーク

- ・点を線に、線を円に、円を面に、面を重ねて地域に
- ・多様な地域住民が集まる場を演出し続ける
- ・医療保健福祉関係以外のネットワークにも具体的に参画

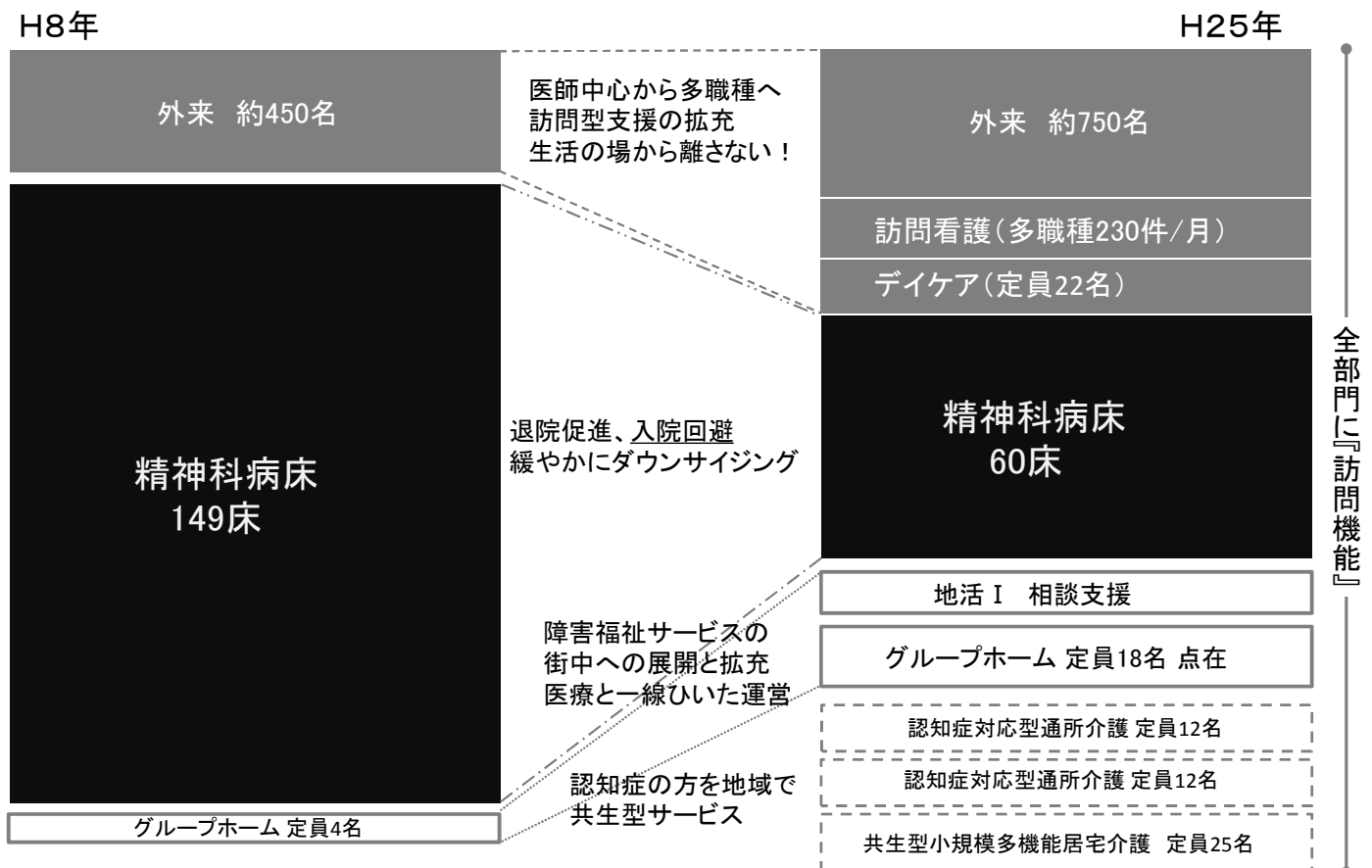
地域で、つながりながら、暮らす

愛媛県愛南町の住民ネットワーク

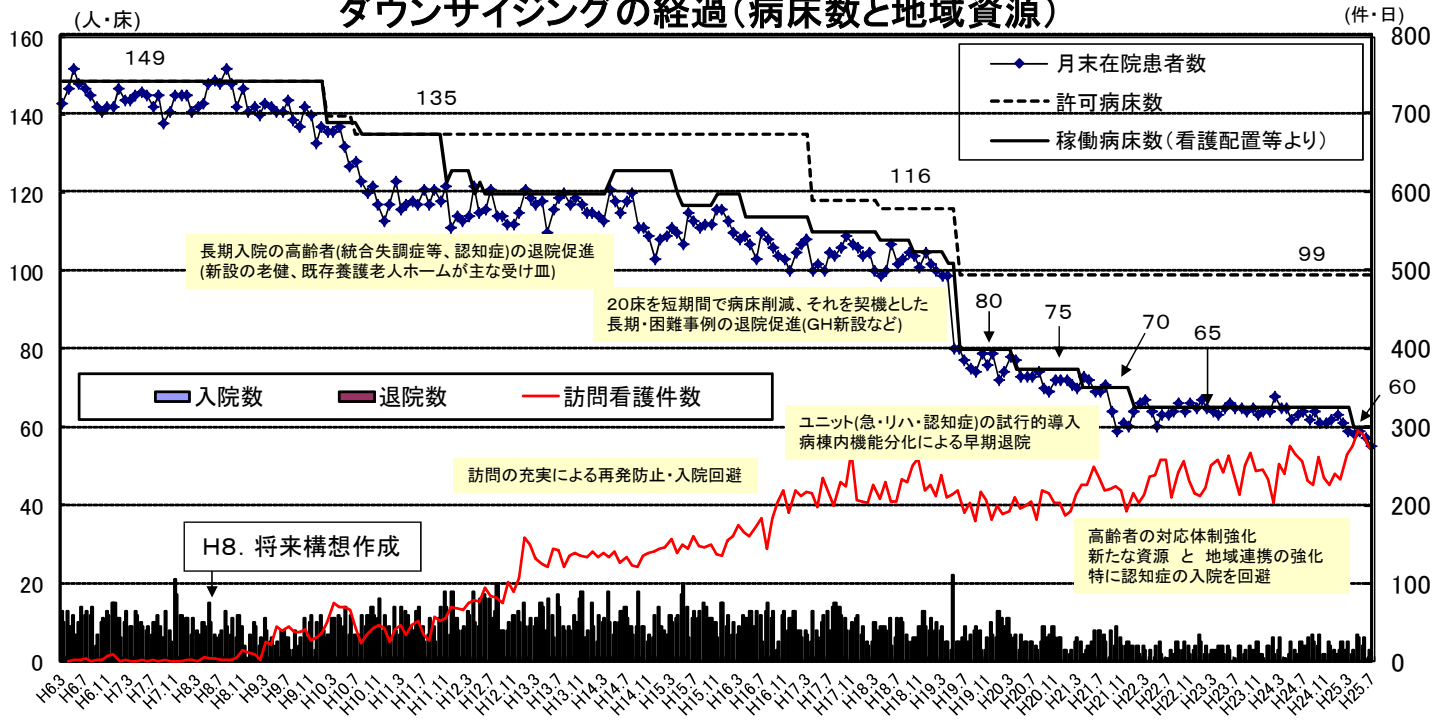
- すべて「共に生きる街なんぐん」を目指し、つながり・学び・考え・行動している。
- 「住民参加」を基本としたオープンなものがほとんど。
- マネジメントは様々な機関で行う。それぞれの目的に合わせ、地域特性を活かした組織化がなされていることによって、活動が長く継続されている。
- ネットワーク同士が「緩やかに」連携。



御荘病院（精神科病院）の構造変革

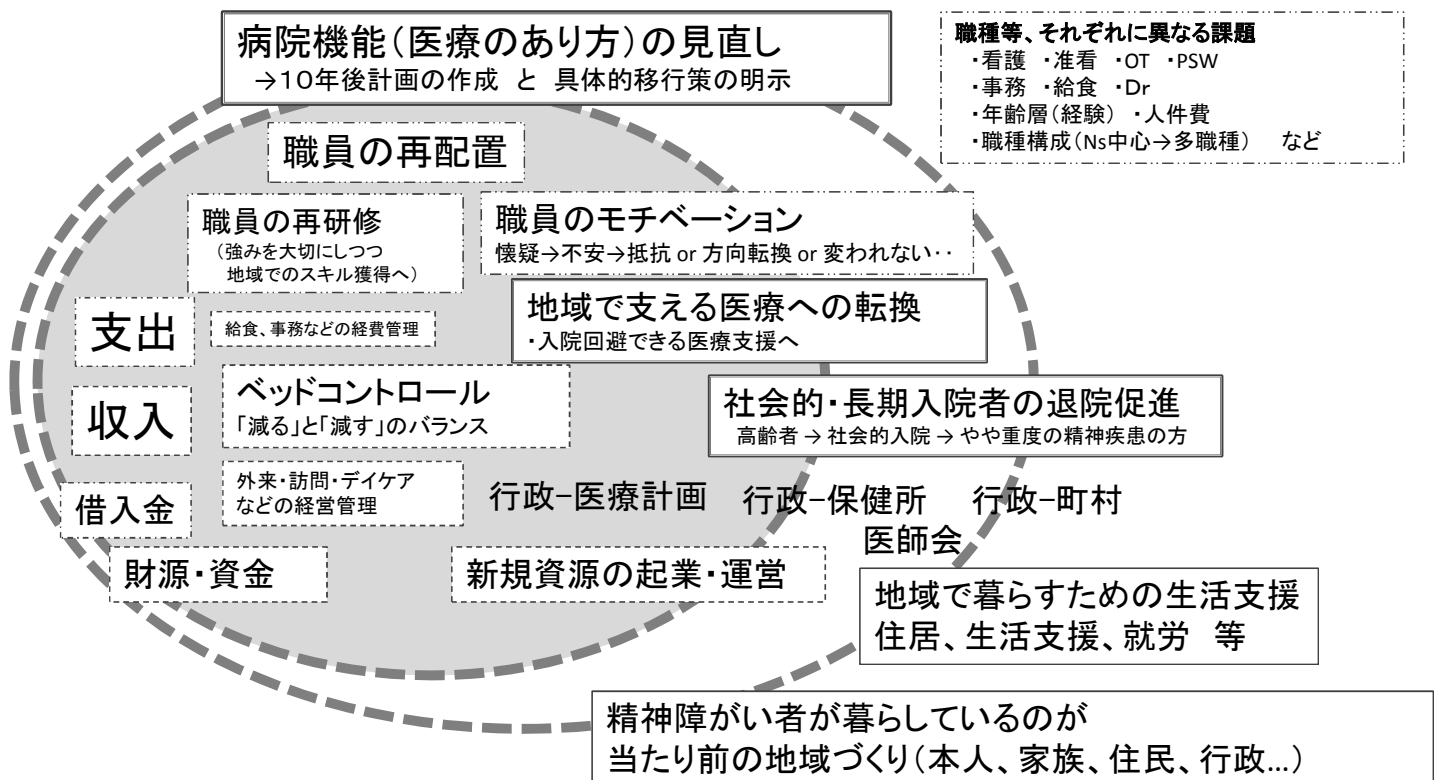


ダウンスाइジングの経過(病床数と地域資源)



精神科病棟	★～H10. 3 3病棟 精神一般(3:1)	★ H10. 4～H17. 3 2病棟 精神一般(3:1)	★H17. 4～H19. 4 2病棟、精神一般(3:1、看護補助加算10:1)、精神療養	★H19. 6～ 1病棟、精神一般(15:1、看護補助加算50:1)
地域サービス	●H9. 4精神科訪問看護 ●H10. 9精神科デイケア OH9～10老健(医師会立)、特養(広域事務組合)開設 ◆H5. 4グループホーム「ひかり荘」 ◆S49～社会復帰施設平山寮 ◆H12. 4社会復帰施設平山寮(福祉ホームB) ◆H12. 11地域生活支援センター「いろり」 ◆H19. 11共生型小規模多機能居宅介護「アロハ」◆ H17. 4認知症対応型通所介護「結い みしょう」◆ H21. 11認知症対応型通所介護「結い じょうへん」◆ ◆H20. 6グループホーム「第2ひかり荘」◆ ◆H24. 4平山寮(福祉ホームB→グループホームへ)+「第3ひかり荘」◆			

精神科病院の構造変革において 移行過程でマネジメントしてきた課題



御荘病院 将来構想

H8年
御荘病院 150床

老人
老人短期老健・特養

長期入院
約120床 作業療法・地域リハ
ディケア・ナイトケア

社会復帰施設「平山寮」
現GH+共同住居
社会福祉法人化
援護寮(通達施設)
作業所「配食サービス」

H10年

H12年
減床
移動
街中に診療所開設
2病棟体制
リハビリ・地域サポート機能の充実
訪問看護ステーション
「託老所」老人デイ・ナイトケア
診療所付設ディケア・ナイトケア
効果性老人グループホーム
「サロシ」給食サービス
グループホーム
地球生活支援センター
〈複合施設化〉提議案 + 通所授産施設
福祉工場
街中へ
社会福祉法人化
H13年

改築
さらに減床
急性期病棟 50床
リハビリ機能
地域サポート機能 + 宇和島病院と機能分化
サテライト 町内診療所 訪問看護ステーション デイナイトケア
「保健」事業 心の健康作り事業

障害者にとって必要な
(＝地域住民にとって必要な)
地域づくり
(啓発、共生、共・協働のしくみ)
を中心・基盤として、
その中で、
病院(精神科医療)の構造変革を
続けている...

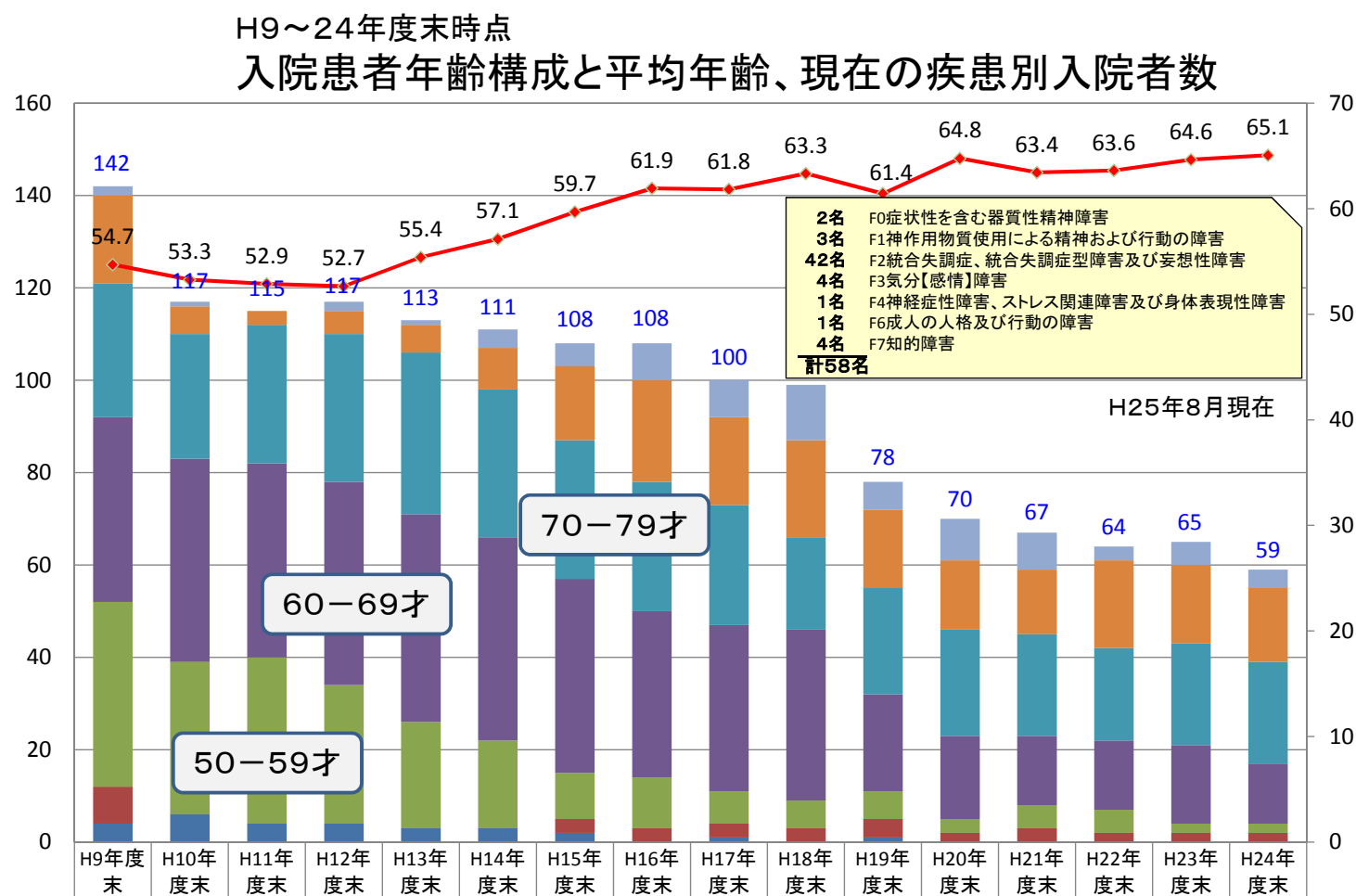
- ・統合失調症、躁うつ病等の群

- ご本人との信頼関係を基盤に、外来、多職種による訪問を最重要視。医療中断による再発入院はほぼ無くなっている。
- 未治療の方への多様な立場、方法、連携による介入。徹底して入院回避をめざす。関わりの「強さ」は様々。
- デイケアの規模を大きくしない！徹底して地域社会へ。

- 平成11年、啓発活動からスタート。重要。
- 往診、訪問看護による地域への連携と技術移動。
- 地域包括支援センターや様々な介護保険資源、住民、かかりつけ医との、多職種による主体的な連携。認知症サポート医。
- 認知症対応型通所介護、共生型小規模多機能居宅介護(特区)への取り組み。認知症のみならず、精神障害者の新たな支援拠点に。NS、PSWの配置による高機能化をめざしている。利用者のご自宅へスタッフ泊まりこみでの支援も実践(試行的)。
- 一貫して入院回避を図り、入院はごく限定的に。精神科病棟は一生を終える場所ではない！

疾患群別に ～どう考えて、実践してきたか②

- 神経症、軽症うつなどの群
 - 基本的に医師の外来診療を中心に。
 - 他地域へのクリニック受診等もあり、当院受診者は少ない。
- 児童思春期～発達障害群
 - 医療は地域の小児科が中心。連携を重視。
 - 個別に関わり。(長期ひきこもり～訪問による診断・アセスメント、状況によっては医療導入)
 - 過去の診断の見直し
- 依存症群
 - 宇和島病院を中核としてプログラムを用意。
 - 地域断酒会、病院でのアルコールミーティングなどの活動支援、参加支援、連携。
 - 基本的な診療、状況によって訪問看護導入。



愛南町における医療保健福祉資源の状況

H8年

H25年

- 県立総合病院、町立病院(総合、診療所)、開業医(総医師数 49名)
- 精神科病院
 - 精神科病床 149床
 - 外来(約450名)
 - 往診(医師1名のみ)

医療

- 県立総合病院、町立病院(療養、診療所)、開業医(総医師数 29名 内65歳以上の先生が7名...)
- 医師会訪問看護ステーション
- 精神科病院
 - 精神科病床 65床
 - デイケア 22名
 - 外来(約750名)
 - 往診訪問診療、訪問看護(多職種)

- 愛南町、地域包括支援センター(町直営)
- 社協(居宅、訪問介護含む) (宇和島中央保健所)

- 御荘保健所
- 5か町村
- 社協

行政等

- 地域活動支援センター・相談支援事業所
- グループホーム 定員18 点在
- ケアホーム1
- 共生型小規模多機能居宅介護2
- (知的中心)施設入所支援、ショートステイ
- 就労継続支援B型2、児童デイサービス2

障がい者福祉

- グループホーム
- 精神障害者小規模作業所

高齢者

- 特養4、老健1、養護1、認知症グループホーム5
- ショートステイ5
- 居宅介護事業所9、訪問介護事業所8
- 認知症対応通所介護2、通所介護9
- 地域サロン30

- 特養2、養護1

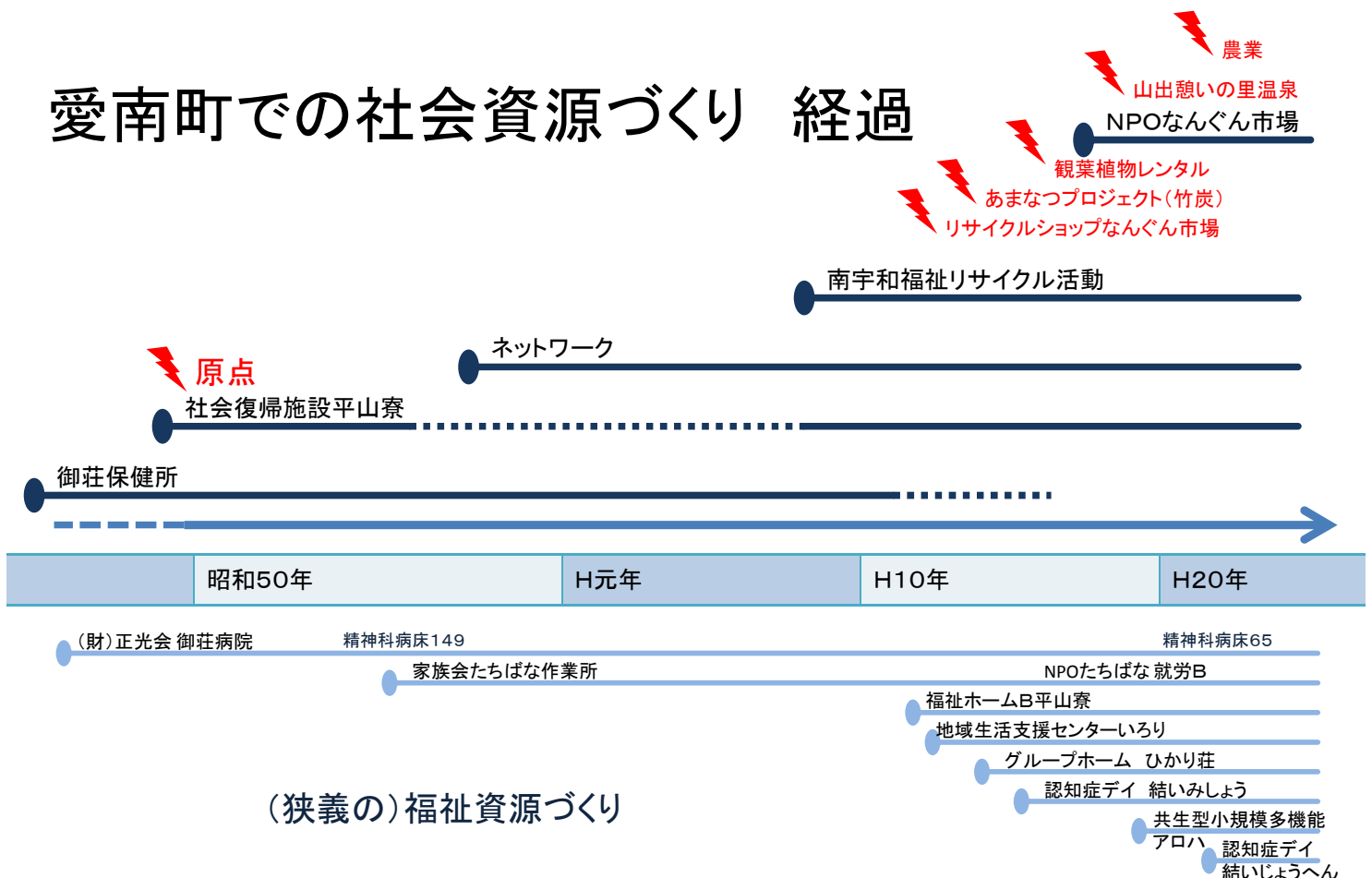
新たな地域福祉

- ブラザじょうへん(ボランティア連絡会11団体 拠点)
- NPO法人ハートinハートなんぐん市場
 - 山出憩いの里温泉(温泉、レストラン、宿泊、キャンプ場)
 - エコテリア(観葉植物レンタル・就労継続A型)
 - エコファーム(農業)

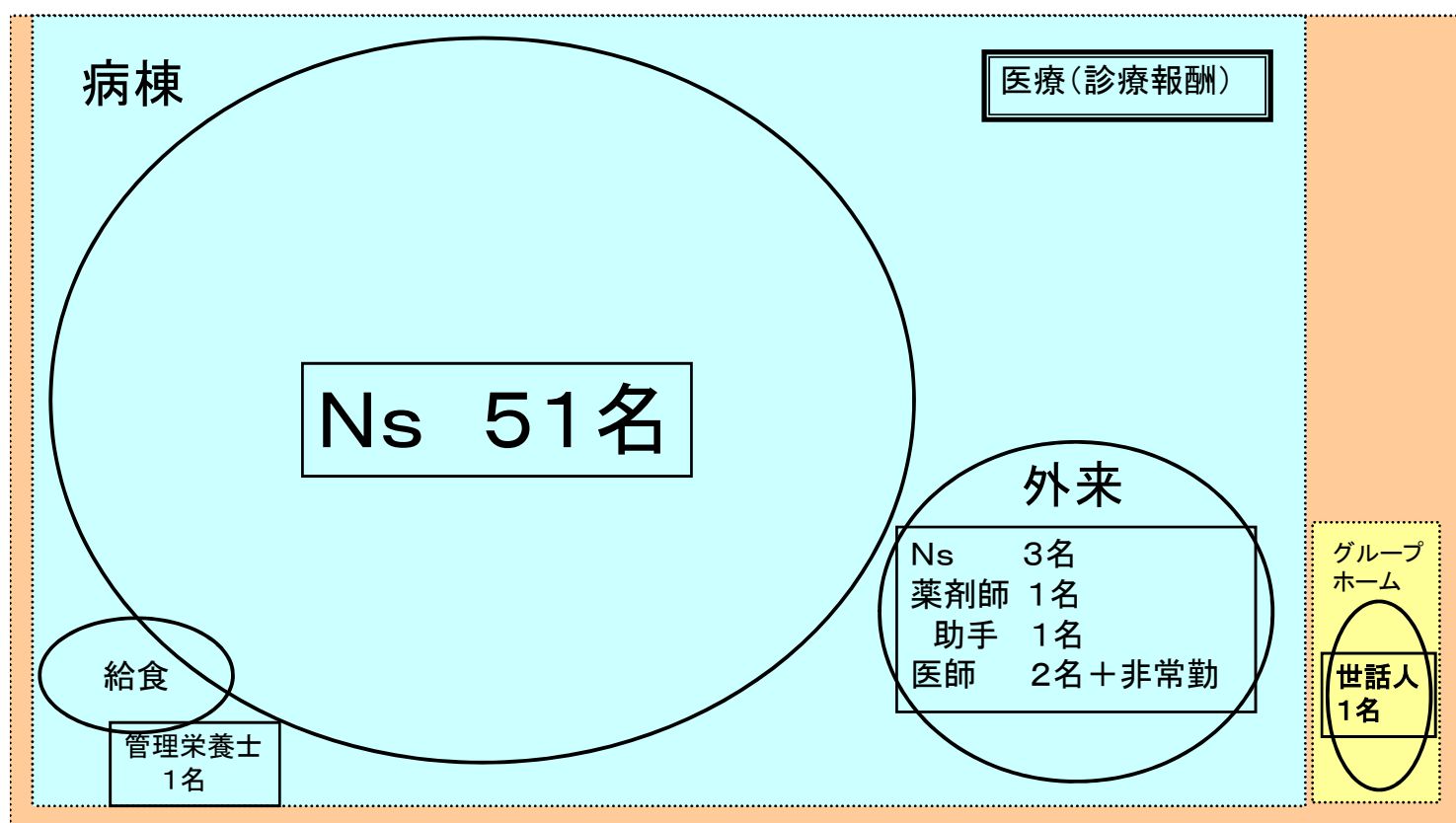
5ヶ町村 人口3.1万人、高齢化率26%

(合併)愛南町 人口2.4万人、高齢化率35%

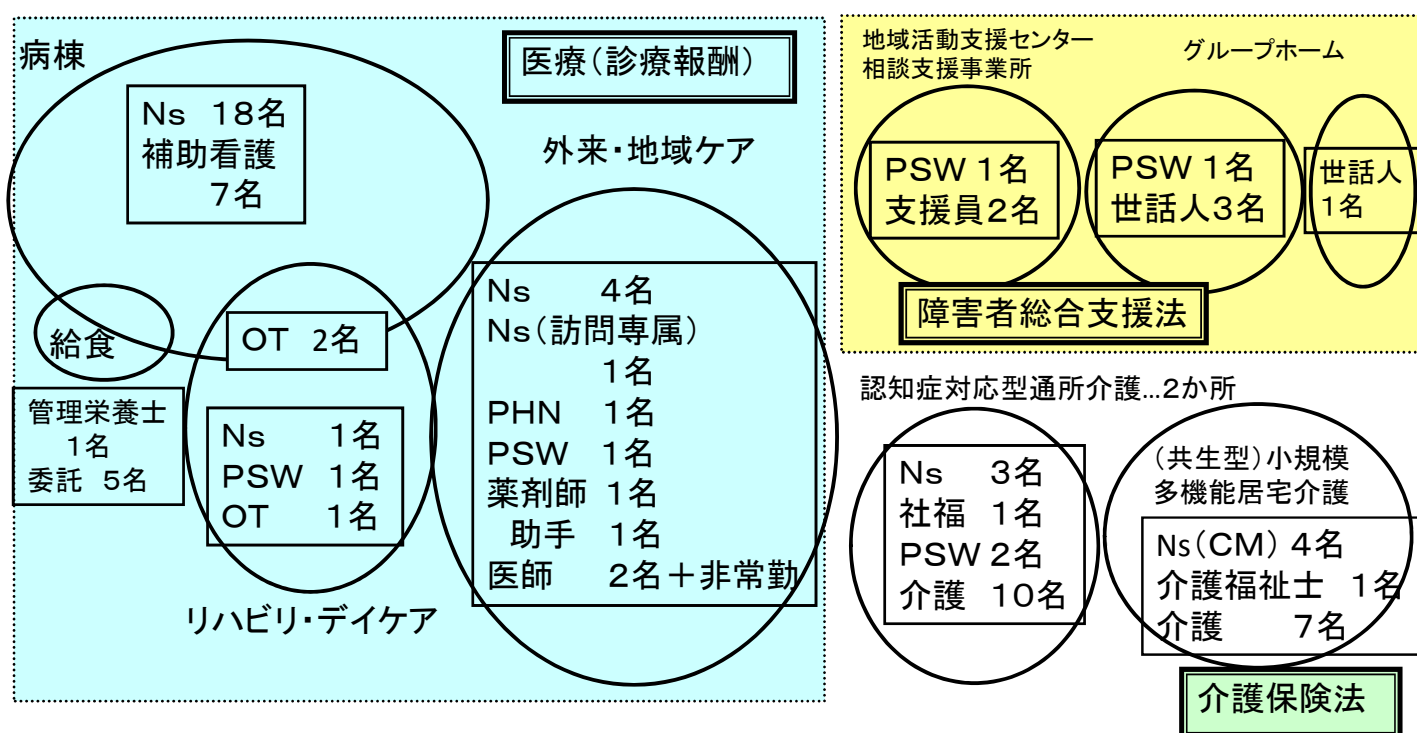
愛南町での社会資源づくり 経過



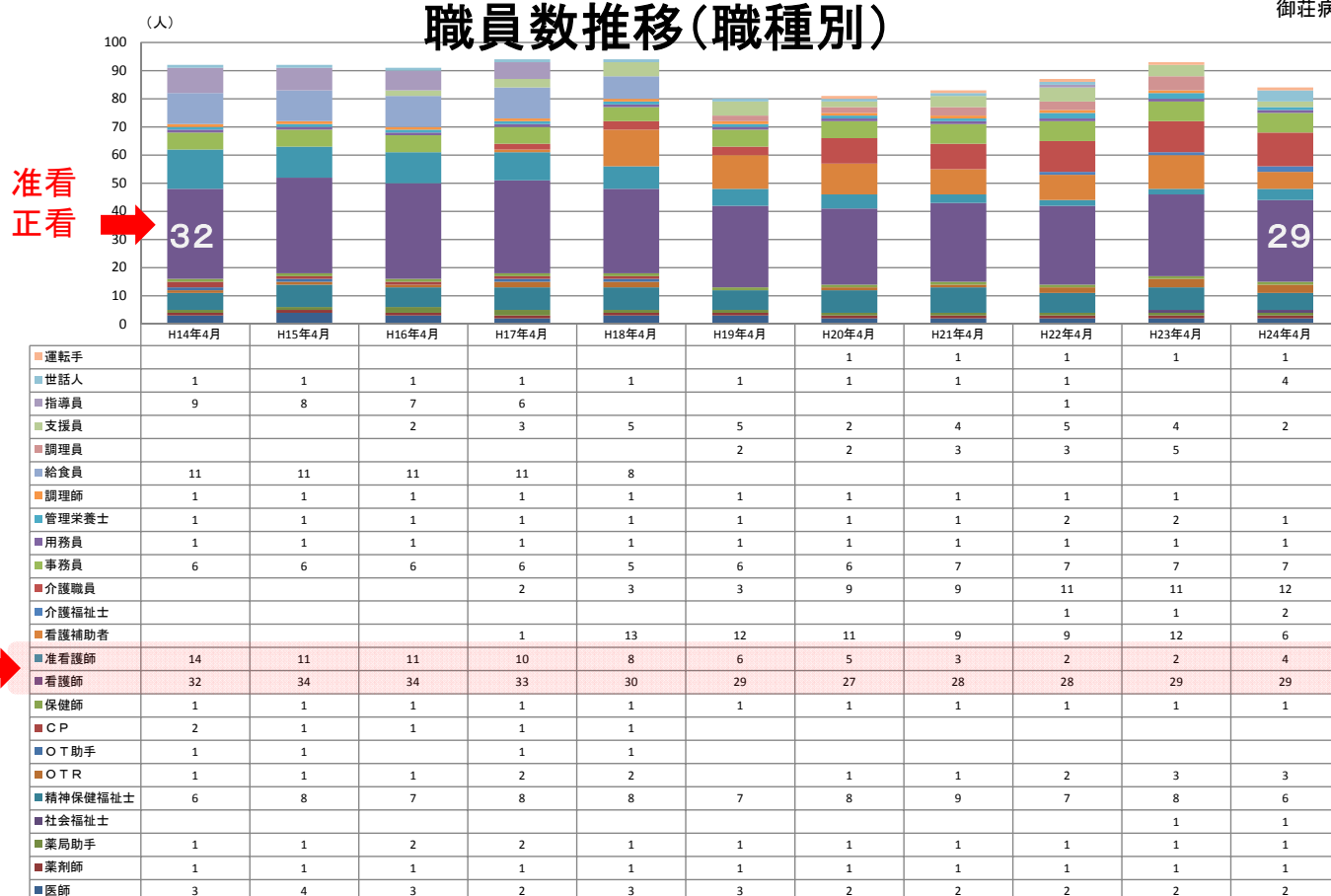
H8年の（財）正光会（御荘地区）スタッフ配置



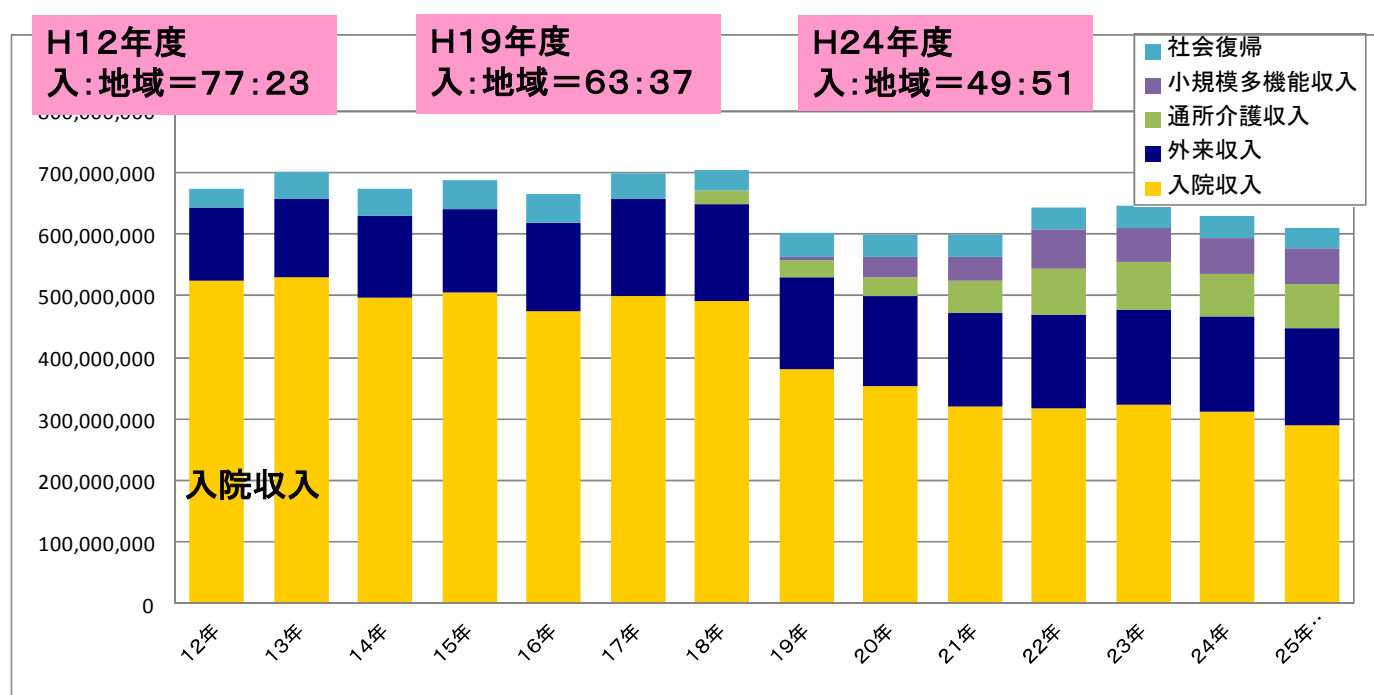
現在の（財）正光会（御荘地区）スタッフ配置



職員数推移(職種別)



収入内訳推移(H12~H24(H25予算))



外来収入は、デイケア、訪問看護を含む

これまで 構造変革をする上での強み

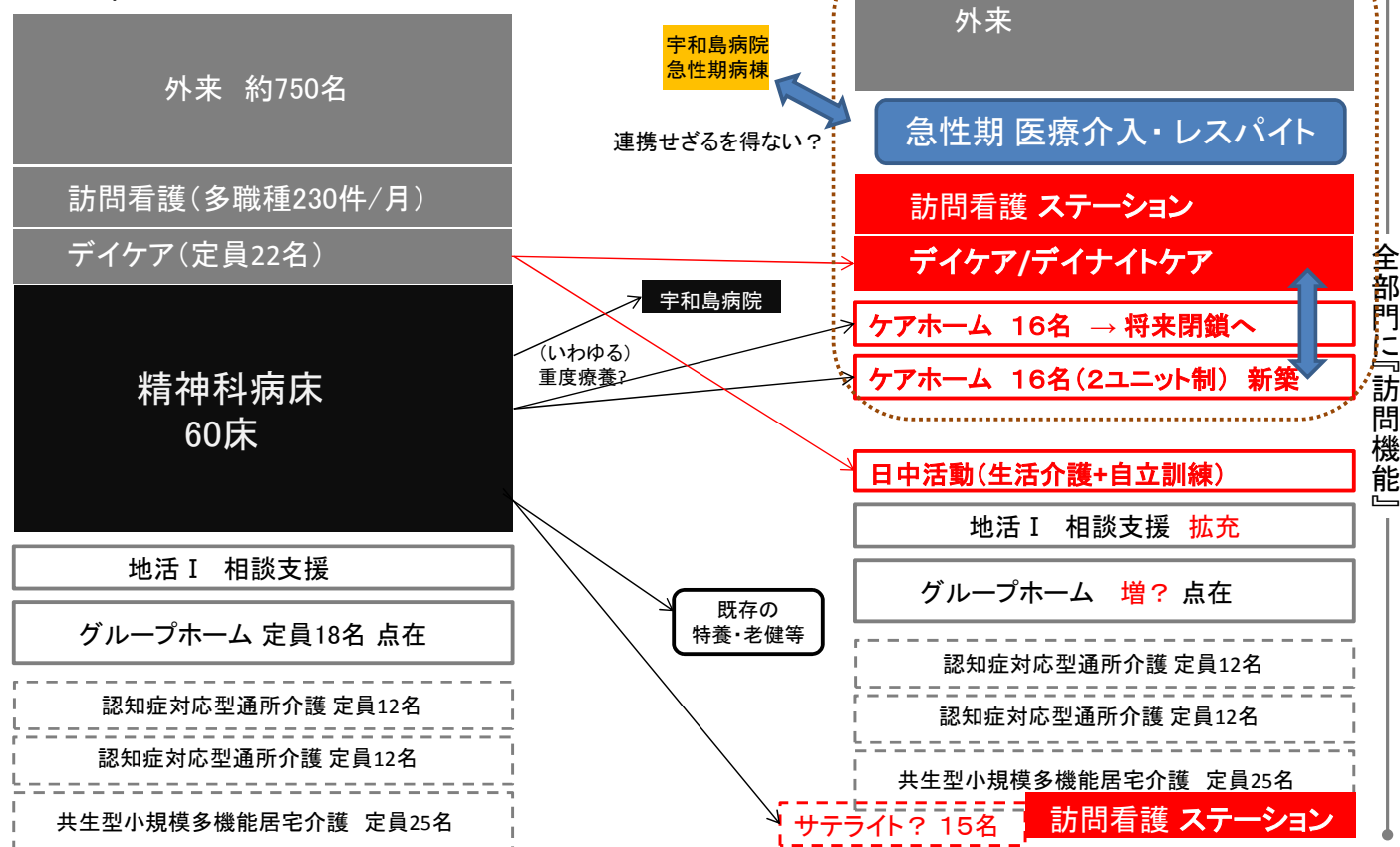
- 昭和40年代からの「地域づくり」。強力な多数の住民支援者。良質で重層的なネットワーク。地域内ニーズの詳細な把握が可能。行政や他機関も含む多職種連携、チーム医療を推進。
- H8年、早期からの方向性の明示。平成15年には長中期計画を法人全体で策定。改革ビジョン以降、理念としての時代のあと押し。
- (財)正光会～自家用車の一時間の距離にあるグループ内精神科病院の存在(345床→285床)。特に、職員の再配置や再研修にメリット。今後は一部機能分化のパートナーに(?)。
- 構造変革の為、ハードの投資を避けてきたこと。

現在、思案中の中期計画について

- 地域での支援の充実に従って、入院以外で処遇が難しいケースが激減してきた。
- 病床数は削減を続けてきた。入院回避に重きをおいてきた結果、病棟に残っている患者さんは、統合失調症を中心とした高齢の方が大部分に。入院以外で生活できる可能性のある方も多い。
- 現在、60床で運営。更に漸減させながら地域に必要な最小病床数を残したいが、現在の制度では厳しい。
- 具体的に2年後を目処に、病床はゼロをめざしはじめている(次項)。

御荘病院 2年後(現時点の案)

H25年



愛南町の実践から、更に精神科医療の構造変革を進める 上での課題と考えていること

- 精神科病棟を最小限、もしくは持たずに急性期も治療可能であるような、地域で精神障害者を支える為の医療を持続、発展させる為の制度がない。
 - 小規模の病棟を持つことが困難
 - 有床診療所が活用できないか?(精神保健福祉法、入院単価)
 - 他科病棟の一部を精神科病棟として利用する方法はないか?
 - ショートステイ+外付け医療の限界(病棟がなければ、全体でもわずかな人数の医療スタッフしか配置できない。急性期の一番厳しい時に複雑な手続き...など)、ショートステイを利用中の急性期の患者さんに、一定期間、集中的・包括的に、一対一で専門職が24時間付ききりで精神科医療を提供できるようなしくみは考えられないか?
 - ある程度の規模の病院だとしても、150床(?)を下回る病床数では機能分化にも取り組みにくい報酬体系。病棟内機能分化(ケアミックス)の推進は不可欠と考えている。
- 24時間医療・ケア付きホームにあたる制度が不十分
 - イメージとしては、認知症グループホームのような構造で医療を強化したもの。
 - 諸外国や介護保険のノウハウや反省を十分に活かしたもの(アクセス、施設規模、外部評価等の質の担保のしくみ など)
 - 制度(機能)の組み合わせが多すぎると結果として機能しづらい。包括的なものも必要では?
- 精神科在宅医療の持続・発展に向けた具体的な検討が早急に望まれる。
 - 入院医療の検討と同時併行で。医療法改正に向けた「在宅医療・介護の推進」(施策を総動員して推進する...と書かれている)ともう少し重ねられないか?補助事業ベースのしくみでは地域に根付きにくい。
 - 改革の行きつく先が「持続困難」ではいけない!