

平成 29 年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業

長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造
改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究
報告書

平成 30 年 3 月

公益社団法人 日本精神科病院協会

■ 目 次 ■

I. 事業概要	1
II. 研究内容	
1. 地域移行機能強化病棟入院料 実施状況および意向調査の実施	4
2. 地域移行機能強化病棟入院料 届出病院調査の実施	16
3. シンポジウム「地域移行機能強化病棟届出にあたって」の開催	22
4. 地域移行機能強化病棟運用ガイドラインの改訂	33
III. 考察	34
IV. 政策提言	36
V. 検討委員会等実施状況	37
VI. 検討委員会委員名簿	38
VII. 成果物公開計画	38
◆地域移行機能強化病棟運用ガイドライン<改訂版>	39

I. 事業概要

1. 事業名

長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究

2. 事業目的

平成 29 年 2 月に取りまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、平成 30 年に予定される新たな医療計画や障害福祉計画の策定に向けての検討において、①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、②多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を図るとし、さらに③精神病床のさらなる機能分化として、精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標を明確にしたうえで、計画的に基盤整備を推進することとしている。

また、平成 28 年度診療報酬改定では、地域移行機能強化病棟入院料が新設され、重点的な退院促進への取り組みについて、多職種チームに対する人員配置の評価や期限を設定した地域移行の実績に対する評価等が行われることとなった。

こうした経緯を踏まえて、平成 28 年度障害者総合福祉推進事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究」の成果であるガイドライン（以下、「平成 28 年度ガイドライン」と記す）を参照しながら、自院の構造改革に取り組もうとする精神科病院に対し、地域の実情を考慮しながら人的資源を含めた医療資源の効果的な活用を図るための具体的方策を示すことを本事業の目的のひとつとする。

また、本研究課題においては、地域性、病床規模、社会資源の状況等のそれぞれの地域の実情を踏まえたうえで、各々の精神科病院での地域移行機能強化病棟入院料の算定に向けてのプロセスについて検討を加え、精神科病院が中長期的視点で構造改革を図ることに資するべく、必要に応じて平成 28 年度ガイドラインのバージョンアップを企図するものである。

3. 事業内容及び手法

有識者、医療関係者で構成される検討委員会を設置し、4 回程度開催する。

(1) 地域移行機能強化病棟入院料届出病院の意見を参考にして、当該入院料の届出が推進されるための方策を検討、および平成 28 年度に作成したガイドラインをより実効性のあるガイドラインに改訂を行い、全国への周知・普及を図る。

(2) 全国の病院管理者を集めたシンポジウムを開催し、地域移行及び病院の構造改革に関する中長期的戦略の具体的事例の更なる周知を図る。

(3) 会員病院に対して地域移行機能強化病棟入院料届出の意向調査を行い、当該入院料の届出が推進されるための方策を検討する。

4. 事業実施結果

(1) 地域移行機能強化病棟入院料 実施状況および意向調査の実施

地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等の問題点を探り、届出が阻害される要因の改善に向けた提言を行うことを目的に、調査開始日までに地域移行機能強化病棟の届出をしていることが確認できていない 1,137 病院を対象に調査を実施し、539 病院(47.4%)から回答を得た。

病床規模は 149 床以下：小病院、150～300 床：中病院、300 床以上：大病院に、地域タイプは人口密度と人口をもとに、医療圏の人口密度が 1000 人/km²以上：大都市型、大都市型にも過疎型にも属さない場合または、人口が 100 万人以上：地方都市型、医療圏の人口密度が 200 人/km²以下、かつ人口が 20 万人以下：過疎地域型に定義し、分析をした。

地域移行機能強化病棟入院料について「届出の具体的な予定あり」と回答した病院は 7 病院(1.3%)にすぎず、大都市型の大病院、中病院に限られている。

当該入院料の届出をしていない理由は「精神病床の削減が経営的に困難」が最も多かった。小病院のほうが大病院より高率であり、地域による差はなかった。次に多いのが「施設基準の要件を満たせない」で、小病院、過疎地域型で高率であった。また、施設基準の要件を満たせない具体的な内容は「精神保健福祉士の確保」「医師の確保」「病床利用率が 90%以上」「自宅等退院患者が 1.5%以上」が高率であったが、過疎地域型や小病院では人材の問題が大都市型や大病院に比べて明らかに高率であり、過疎地域の人材確保や小規模病院の職員数不足が明らかとなった。

病床稼働率 90%以上と 90%未満に分けた分析でも、稼働率の高低にかかわらず、最も当該入院料届出の可能性に影響がある要因は「精神保健福祉士の確保」であった。

(2) 地域移行機能強化病棟入院料 届出病院調査の実施

地域移行機能強化病棟入院料届出における実態と、平成 28 年度事業にて作成した「地域移行機能強化病棟運用ガイドライン」の改定に向けて改善ポイントを探るべく、当該入院料の届出をしている又は既に届出を終えた病院(調査開始日までに地域移行機能強化病棟の届出が確認できた 40 病院)を対象に調査を実施し、29 病院(回収率 72.5%)から回答を得た。

当該入院料 転換前の病棟は精神療養病棟入院料が 24 病院と 82%を占めた。また、届出基準となる病床利用率 90%とするために病床削減をした病院は 19 病院(65.5%)で、30 床以上削減した病院が 3 病院、削減なしは 10 病院であった。当該入院料の届出によって計画している精神病床の削減数は 20 床以下が 17 病院(58.6%)で、51 床以上の削減を予定している病院が 5 病院(17.2%)あった。

昨年度事業にて作成した「地域移行機能強化病棟運用ガイドライン」を「参考にしている」と回答したのは7病院(24.1%)で、「ガイドラインの存在を知らなかった」が5病院(17.2%)、「参考にしていない」が16病院(55.1%)だった。ガイドラインの項目ごとに内容の過不足を聞いたところ、「必要不可欠なものは網羅されている」と回答した病院が半数を超えた。

(3) シンポジウム「地域移行機能強化病棟届出にあたって」の開催

地域移行及び病院の構造改革の具体的事例の共有として、広島で開催された第6回日本精神科医学会学術大会において「地域移行機能強化病棟 取得にあたって」と題したシンポジウムを開催した。シンポジウムでは、地域移行機能強化病棟入院料を算定している3病院(①愛知・松蔭病院 ②新潟・五日町病院 ③岐阜・須田病院)による事例報告と質疑応答を行った。シンポジウムには170人が参加した。

(4) 地域移行機能強化病棟運用ガイドラインの改訂

平成28年度障害者総合福祉推進事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究」の成果であるガイドラインの改訂に向け、地域移行機能強化病棟入院料届出の意向調査および地域移行機能強化病棟入院料届出病院に対する調査にて、平成28年度ガイドラインの認知度と印象を調査した。

届出を行っていない病院は50.8%が平成28年度ガイドラインを読んでいた。届出を行った病院への調査で、内容については「必要不可欠なものは網羅されている」との回答が過半数を超えた。平成30年度診療報酬改定に伴う変更とともに、簡素化による改訂を行うこととした。

5. 考察

(1) 地域移行機能強化病棟入院料届出を行わない理由として、病床規模や地域性に関わりなく共通していた項目は、「精神病床の削減は経済的に困難」であった。精神科医療においては、一定以上の病床規模を確保しないと収益の確保が困難になるとの恐れから、アウトカム評価としての病床削減を求めている同入院料の届出に踏み出せずにいる現状があきらかになった。中長期にわたる精神科病院の構造改革の中で、病床削減後の病院機能をどう位置付けるかが、問われていると考える。

(2) 地域移行機能強化病棟入院料への転換前の病床種別では、いずれの病床規模においても、精神療養病棟入院料が最も多かった。一般的には精神療養病棟は、精神症状の比較的安定した長期入院精神障害者が多く在籍していると考えられ、“地域に最も近い病棟”との地域移行機能強化病棟の位置づけとの間に最も違和感の少ない病棟ともいえる。また、同入院料届出終了後に転換した病床種別についても、精神療養病棟が最も多かった。施設基準の要件からも、また精神療養病棟入院料の診療報酬上の評価からも妥当な結果と考えられる。

Ⅱ．研究内容

1. 地域移行機能強化病棟入院料 実施状況および意向調査の実施

(1) 目的

地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等の問題点を探り、届出が阻害される要因の改善に向けた提言を行うことを目的に、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていない会員病院に対して調査を実施した。

(2) 方法

調査依頼書・調査概要および回答票はメールにて送付、回答表はデータ入力後にメール返信にて回収した。

(3) 対象と調査期間

日本精神科病院協会会員病院のうち、調査開始日までに地域移行機能強化病棟の届出をしていることが確認できていない 1,137 病院に対して調査を実施。

調査期間は 2017 年 8 月 29 日～10 月 31 日。

(4) 調査結果

回答病院数は 539 病院(47.4%)。

集計するにあたっては、①病床規模については、149 床までを小病院、150～299 床を中病院、300 床以上を大病院と、②地域性については、医療圏の人口密度が 1000 人/km 以上を大都市型、大都市型にも過疎地域型にも属さない場合または、人口 100 万人以上を地方都市型、医療圏の人口密度が 200 人/km 以下、かつ人口が 20 万人以下を過疎地域型と定義し、分析を行った。

I. 回答病院のうち、534 病院が地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っていなかった。また、「届出について具体的な予定がある」とした 7 病院を除いた 519 病院について、届出を行っていない理由について質問すると、病床規模別では「精神病床の削減は経営的に困難」が最も多く、また小病院で効率だった。「施設基準の要件を満たせない」が次に多く、病床規模で差はなかった。「地域の入院需要に対応するうえで精神病床を削減することが困難」や「病棟の運営戦略にマッチしない」は、大病院ほど高率だった。

「精神病床の削減が経営的に困難」が最も多いが、地域差は認められなかった。「施設基準の要件を満たせない」が次いで多く、過疎地域が高率であった。「地域の入院需要に対応するうえで精神病床を削減することが困難」では、都市の方が高率であった。

届出を行わない理由として「施設要件を満たせない」を選択した病院に対して、その具体的な内容について質問すると、病床規模別では人材確保に関するすべての項目において、小病院＞中病院＞大病院となった。「病床利用率が90%以上」では、大病院＞中病院＞小病院となった。「自宅等退院患者が1.5%以上」では、大病院＞小病院＞中病院となった。

地域性においては、人材確保に関するすべての項目において、過疎地域＞地方都市＞大都市となった。「病床利用率が90%以上」では、大都市＞地方都市＞過疎地域となった。「自宅等退院患者が1.5%以上」では、地方都市＝過疎地域＞大都市となった。

Ⅱ. 回答が得られた539病院のうち、病床利用率90%以上が341病院(63.3%)、90%未満が198病院(36.7%)だった。

「地域移行機能強化病棟入院料の届出を行う具体的な予定がない」と回答した病院に関しては、病床利用率90%以上群では、「精神病床の削減は経営的に困難なため」(24.5%)とした病院が最も多かった。「地域の入院需要に対応するうえで精神病床を削減することが困難なため」(18.2%)が次いで多かった。病床利用率90%未満の群では、「施設基準の要件を満たせない」を除くと、「精神病床の削減は経営的に困難なため」(18.2%)や「病棟の運営戦略にマッチしないから」(10.4%)が多かった。

地域移行機能強化病棟入院料 実施状況および意向調査結果

調査期間	2017年8月29日～10月31日
会員病院数	調査開始日までに地域移行機能強化病棟の届出をしていることが確認できていない1,137病院
回答病院数	539病院
回収率	47.40%

◇回答病院

精神病床数	過疎地域型	地方都市型	大都市型	回答数	構成割合
1-149	19	72	18	109	20.2%
150-300	47	184	76	307	57.0%
>300	8	68	47	123	22.8%
総計	74	324	141	539	100%
構成割合	13.7%	60.1%	26.2%	-	-

<地域タイプ>

人口密度と人口をもとに、1)大都市型、2)地方都市型、3)過疎地域型の3分類。
以下に、定義を示す。

- 1)大都市型…医療圏の人口密度が1000人/km²以上、または、人口が100万人以上
- 2)地方都市型…大都市型にも過疎型にも属さない場合
- 3)過疎地域型…医療圏の人口密度が200人/km²以下、かつ人口が20万人以下

1. 貴院の精神病床についてお答えください

(1)平均病床利用率

病床利用率	回答数	構成割合	精神病床数			地域タイプ		
			1-149	150-300	>300	過疎地域型	地方都市型	大都市型
0-70%	11	2.0%	5	4	2	2	8	1
70-80%	28	5.2%	8	20		8	13	7
80-90%	154	28.6%	30	85	39	15	93	46
90-100%	338	62.7%	64	195	79	49	202	87
100%以上	3	0.6%	2	1			3	
NA	5	0.9%		2	3		5	
総計	539	100.0%	109	307	123	74	324	141

(2)平均在院日数

平均在院日数	回答数	構成割合	精神病床数						地域タイプ					
			1-149		150-300		>300		過疎地域型	地方都市型	大都市型			
1-365	300	55.7%	56	51.4%	172	56.0%	72	58.5%	27	36.5%	179	55.2%	94	66.7%
365-730	165	30.6%	40	36.7%	90	29.3%	35	28.5%	31	41.9%	103	31.8%	31	22.0%
730-1095	45	8.3%	7	6.4%	29	9.4%	9	7.3%	12	16.2%	22	6.8%	11	7.8%
1095-1460	12	2.2%	2	1.8%	6	2.0%	4	3.3%	2	2.7%	8	2.5%	2	1.4%
1460-1825	4	0.7%	1	0.9%	3	1.0%		0.0%		0.0%	3	0.9%	1	0.7%
1825-2190	1	0.2%		0.0%	1	0.3%		0.0%		0.0%	1	0.3%		0.0%
2190-2555	4	0.7%	1	0.9%	3	1.0%		0.0%	1	1.4%	1	0.3%	2	1.4%
2920-3285	1	0.2%	1	0.9%		0.0%		0.0%	1	1.4%		0.0%		0.0%
5110-5475	1	0.2%	1	0.9%		0.0%		0.0%		0.0%	1	0.3%		0.0%
NA	6	1.1%		0.0%	3	1.0%	3	2.4%		0.0%	6	1.9%		0.0%
総計	539	100.0%	109	100.0%	307	100.0%	123	100.0%	74	100.0%	324	100.0%	141	100.0%

(3) 昨年1年間に退院した患者の平均入院期間

平均在院日数	回答数	構成割合	精神病床数						地域タイプ					
			1-149		150-300		>300		過疎地域型		地方都市型		大都市型	
1-365	237	44.0%	56	51.4%	135	44.0%	46	37.4%	19	25.7%	151	46.6%	67	47.5%
365-730	168	31.2%	25	22.9%	96	31.3%	47	38.2%	32	43.2%	91	28.1%	45	31.9%
730-1095	55	10.2%	9	8.3%	29	9.4%	17	13.8%	10	13.5%	33	10.2%	12	8.5%
1095-1460	27	5.0%	6	5.5%	17	5.5%	4	3.3%	5	6.8%	17	5.2%	5	3.5%
1460-1825	9	1.7%	3	2.8%	5	1.6%	1	0.8%	3	4.1%	5	1.5%	1	0.7%
1825-2190	3	0.6%		0.0%	3	1.0%		0.0%		0.0%	3	0.9%		0.0%
2190-12045	8	1.5%	2	1.8%	5	1.6%	1	0.8%	4	5.4%	3	0.9%	1	0.7%
NA	32	5.9%	8	7.3%	17	5.5%	7	5.7%	1	1.4%	21	6.5%	10	7.1%
総計	539	100.0%	109	100.0%	307	100.0%	123	100.0%	74	100.0%	324	100.0%	141	100.0%

2. 地域移行機能強化病棟についてお伺いします

(1) 貴施設は、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていますか

届出を	利用率 90%未満	利用率 90%以上	回答数
01 していない	194	340	534
02 している	0	1	1
03 終了した	0	0	0
NA	4	0	4
総計	198	341	539
構成割合	36.7%	63.3%	

(2) (1)で01を選んだ方 今後、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行う意向はありますか

届出を行う意向	利用率90%未満		利用率90%以上	
	回答数	構成割合	回答数	構成割合
具体的な予定がある	2	1.0%	5	1.5%
(具体的な予定はないが、)届出を行う意向がある	5	2.6%	16	4.7%
検討中であり、まだわからない	53	27.3%	78	22.9%
届出を行う意向はない	133	68.6%	234	68.8%
その他(具体的に)	0	0.0%	1	0.3%
NA	1	0.5%	6	1.8%
総計	194	100.0%	340	100.0%

「具体的な予定がある」7病院を抽出

	過疎地域型	地方都市型	大都市型	総計	構成割合
1-149				0	0.0%
150-300	1	1	1	3	42.9%
>300		2	2	4	57.1%
総計	1	3	3	7	-
構成割合	14.3%	42.9%	42.9%	-	-

届出予定時期	回答数
平成29年9月	2
平成29年11月	2
平成30年1月	1
平成30年4月	2
総計	7

「届出を行う意向がある」21 病院を抽出

	過疎地域型	地方都市型	大都市型	総計	構成割合
1-149	1	3		4	19.0%
150-300	1	5	3	9	42.9%
>300		7	1	8	38.1%
総計	2	15	4	21	-
構成割合	9.5%	71.4%	19.0%	-	-

「検討中であり、まだわからない」131 病院を抽出

	過疎地域型	地方都市型	大都市型	総計	構成割合
1-149	1	11		12	9.2%
150-300	15	53	16	84	64.1%
>300	4	15	16	35	26.7%
総計	20	79	32	131	-
構成割合	15.3%	60.3%	24.4%	-	-

「届出を行う意向はない」367 病院を抽出

	過疎地域型	地方都市型	大都市型	総計	構成割合
1-149	17	56	18	91	24.8%
150-300	30	122	52	204	55.6%
>300	4	42	26	72	19.6%
総計	51	220	96	367	-
構成割合	13.9%	59.9%	26.2%	-	-

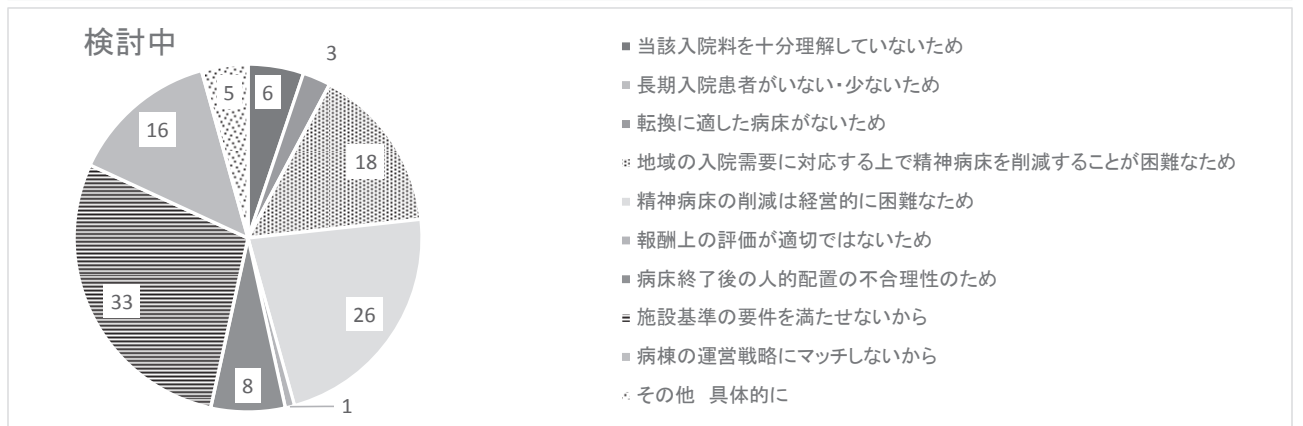
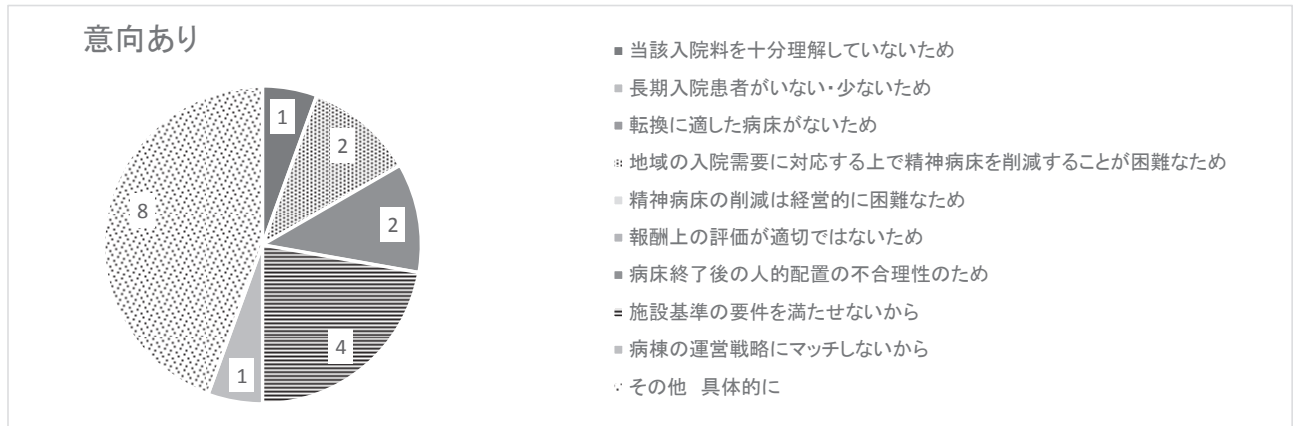
(3)(2)で01以外を選んだ方 地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていない理由は何ですか

〈最もあてはまるもの 単一回答〉

最もあてはまるもの※☑は1つだけ	回答数	構成割合	精神病床数					
			1-149		150-300		>300	
当該入院料を十分理解していないため	15	2.8%	3	2.8%	9	3.0%	3	2.6%
長期入院患者が少ない・少ないため	13	2.5%	5	4.6%	7	2.3%	1	0.9%
転換に適した病床がないため	20	3.8%	9	8.3%	9	3.0%	2	1.7%
地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため	73	13.9%	8	7.4%	45	14.9%	20	17.1%
精神病床の削減は経営的に困難なため	119	22.6%	29	26.9%	72	23.8%	18	15.4%
報酬上の評価が適切ではないため	13	2.5%		0.0%	8	2.6%	5	4.3%
病床終了後の人的配置の不合理性のため	16	3.0%	2	1.9%	9	3.0%	5	4.3%
施設基準の要件を満たせないから	108	20.5%	25	23.1%	57	18.9%	26	22.2%
病棟の運営戦略にマッチしないから	62	11.8%	8	7.4%	37	12.3%	17	14.5%
その他 具体的に	21	4.0%	5	4.6%	9	3.0%	7	6.0%
NA	66	12.5%	14	13.0%	40	13.2%	12	10.3%
無効(複数回答)	1	0.2%		0.0%		0.0%	1	0.9%
総計	527	100.0%	108	100.0%	302	100.0%	117	100.0%

最もあてはまるもの※☑は1つだけ	回答数	構成割合	地域タイプ					
			過疎地域型		地方都市型		大都市型	
当該入院料を十分理解していないため	15	2.8%	3	4.1%	10	3.2%	2	1.5%
長期入院患者が少ない・少ないため	13	2.5%		0.0%	5	1.6%	8	5.8%
転換に適した病床がないため	20	3.8%	2	2.7%	11	3.5%	7	5.1%
地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため	73	13.9%	7	9.6%	47	14.8%	19	13.9%
精神病床の削減は経営的に困難なため	119	22.6%	15	20.5%	72	22.7%	32	23.4%
報酬上の評価が適切ではないため	13	2.5%	1	1.4%	9	2.8%	3	2.2%
病床終了後の人的配置の不合理性のため	16	3.0%	2	2.7%	9	2.8%	5	3.6%
施設基準の要件を満たせないから	108	20.5%	25	34.2%	57	18.0%	26	19.0%
病棟の運営戦略にマッチしないから	62	11.8%	9	12.3%	42	13.2%	11	8.0%
その他 具体的に	21	4.0%	1	1.4%	15	4.7%	5	3.6%
NA	66	12.5%	8	11.0%	39	12.3%	19	13.9%
無効(複数回答)	1	0.2%		0.0%	1	0.3%		0.0%
総計	527	100.0%	73	100.0%	317	100.0%	137	100.0%

最もあてはまるもの※☑は1つだけ	利用率90%未満		利用率90%以上	
	回答数	構成割合	回答数	構成割合
当該入院料を十分理解していないため	7	3.6%	8	2.4%
長期入院患者が少ない・少ないため	7	3.6%	6	1.8%
転換に適した病床がないため	5	2.6%	15	4.5%
地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため	12	6.3%	61	18.2%
精神病床の削減は経営的に困難なため	37	19.3%	82	24.5%
報酬上の評価が適切ではないため	4	2.1%	9	2.7%
病床終了後の人的配置の不合理性のため	6	3.1%	10	3.0%
施設基準の要件を満たせないから	66	34.4%	42	12.5%
病棟の運営戦略にマッチしないから	20	10.4%	42	12.5%
その他 具体的に	5	2.6%	16	4.8%
NA	23	12.0%	43	12.8%
無効(複数回答)	0	0.0%	1	0.3%
総計	192	100.0%	335	100.0%

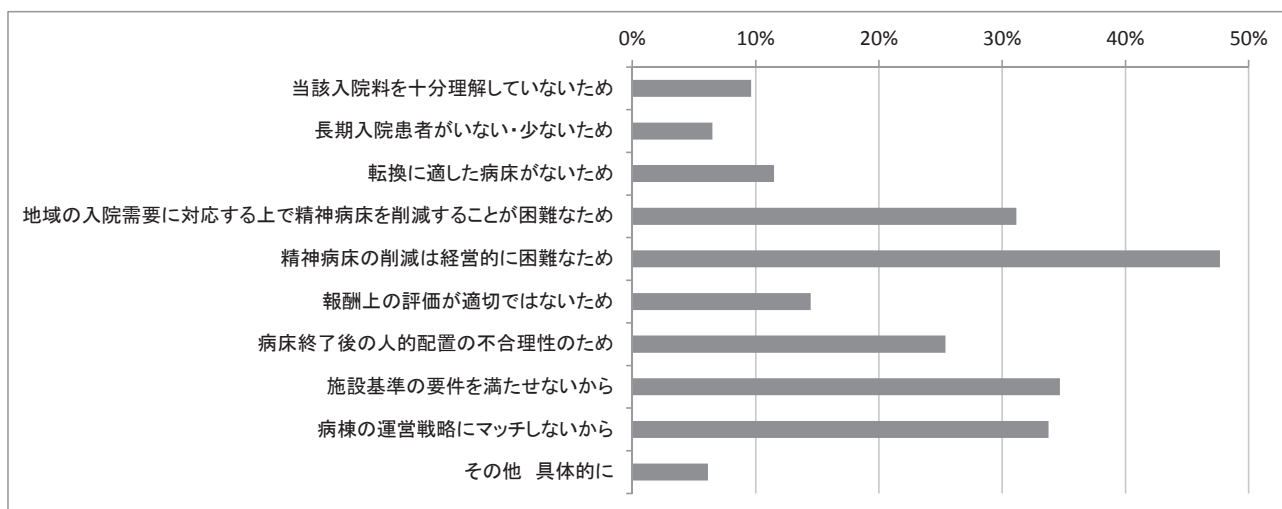




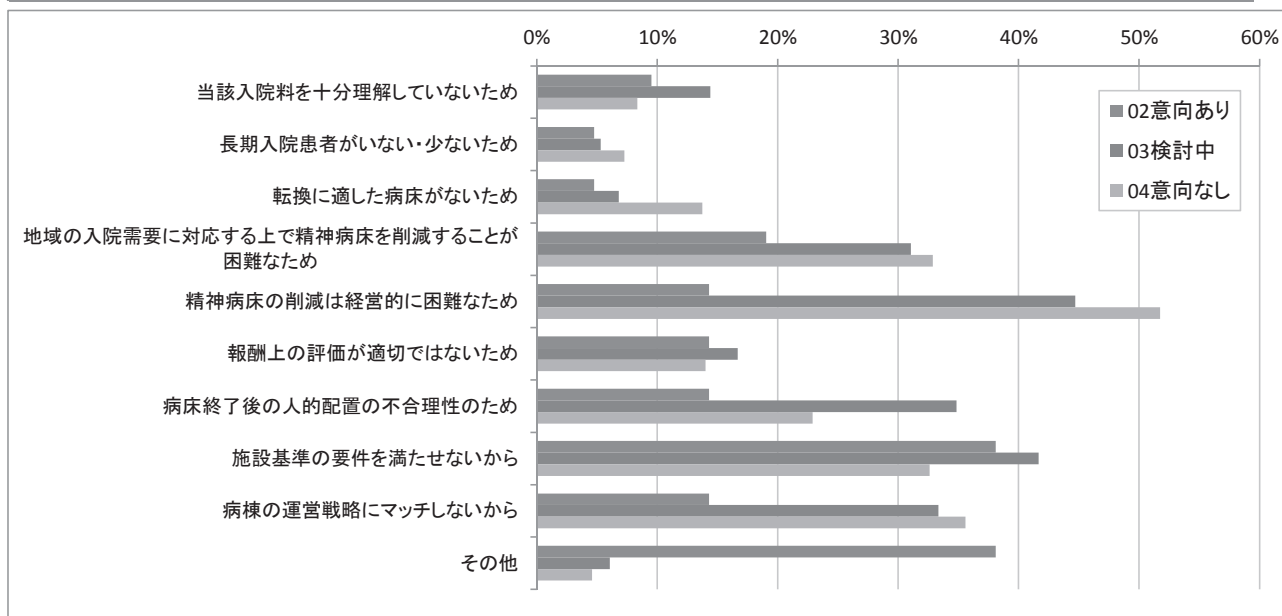
〈あてはまるもの 複数回答〉

あてはまるもの※複数回答	回答数	比率	精神病床数		
			1-149	150-300	>300
01 当該入院料を十分理解していないため	52	9.9%	15 13.9%	24 7.9%	13 11.1%
02 長期入院患者が少ない・少ないため	34	6.5%	13 12.0%	17 5.6%	4 3.4%
03 転換に適した病床がないため	62	11.8%	27 25.0%	27 8.9%	8 6.8%
04 地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため	167	31.7%	32 29.6%	103 34.1%	32 27.4%
05 精神病床の削減は経営的に困難なため	257	48.8%	58 53.7%	150 49.7%	49 41.9%
06 報酬上の評価が適切ではないため	78	14.8%	13 12.0%	47 15.6%	18 15.4%
07 病床終了後の人的配置の不合理性のため	137	26.0%	25 23.1%	79 26.2%	33 28.2%
08 施設基準の要件を満たせないから	186	35.3%	49 45.4%	98 32.5%	39 33.3%
09 病棟の運営戦略にマッチしないから	182	34.5%	35 32.4%	109 36.1%	38 32.5%
10 その他 具体的に	33	6.3%	7 6.5%	13 4.3%	13 11.1%
総計	1,188		274	667	247
回答病院数			108	302	117

あてはまるもの※複数回答	回答数	比率	地域タイプ		
			過疎地域型	地方都市型	大都市型
01 当該入院料を十分理解していないため	52	9.9%	11 15.1%	30 9.5%	11 8.0%
02 長期入院患者が少ない・少ないため	34	6.5%	0.0%	19 6.0%	15 10.9%
03 転換に適した病床がないため	62	11.8%	7 9.6%	37 11.7%	18 13.1%
04 地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため	167	31.7%	22 30.1%	109 34.4%	36 26.3%
05 精神病床の削減は経営的に困難なため	257	48.8%	33 45.2%	161 50.8%	63 46.0%
06 報酬上の評価が適切ではないため	78	14.8%	7 9.6%	56 17.7%	15 10.9%
07 病床終了後の人的配置の不合理性のため	137	26.0%	20 27.4%	82 25.9%	35 25.5%
08 施設基準の要件を満たせないから	186	35.3%	33 45.2%	108 34.1%	45 32.8%
09 病棟の運営戦略にマッチしないから	182	34.5%	22 30.1%	124 39.1%	36 26.3%
10 その他 具体的に	33	6.3%	3 4.1%	20 6.3%	10 7.3%
総計	1,188		158	746	284
回答病院数			73	317	137



あてはまるもの※複数回答	02意向あり	03検討中	04意向なし
当該入院料を十分理解していないため	2	19	31
長期入院患者が少ない・少ないため	1	6	27
転換に適した病床がないため	1	9	51
地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため	4	41	121
精神病床の削減は経営的に困難なため	3	59	192
報酬上の評価が適切ではないため	3	22	52
病床終了後の人的配置の不合理性のため	3	46	85
施設基準の要件を満たせないから	8	54	121
病棟の運営戦略にマッチしないから	3	44	132
その他 具体的に	8	8	17
総計	36	308	829
回答病院数	21	131	368



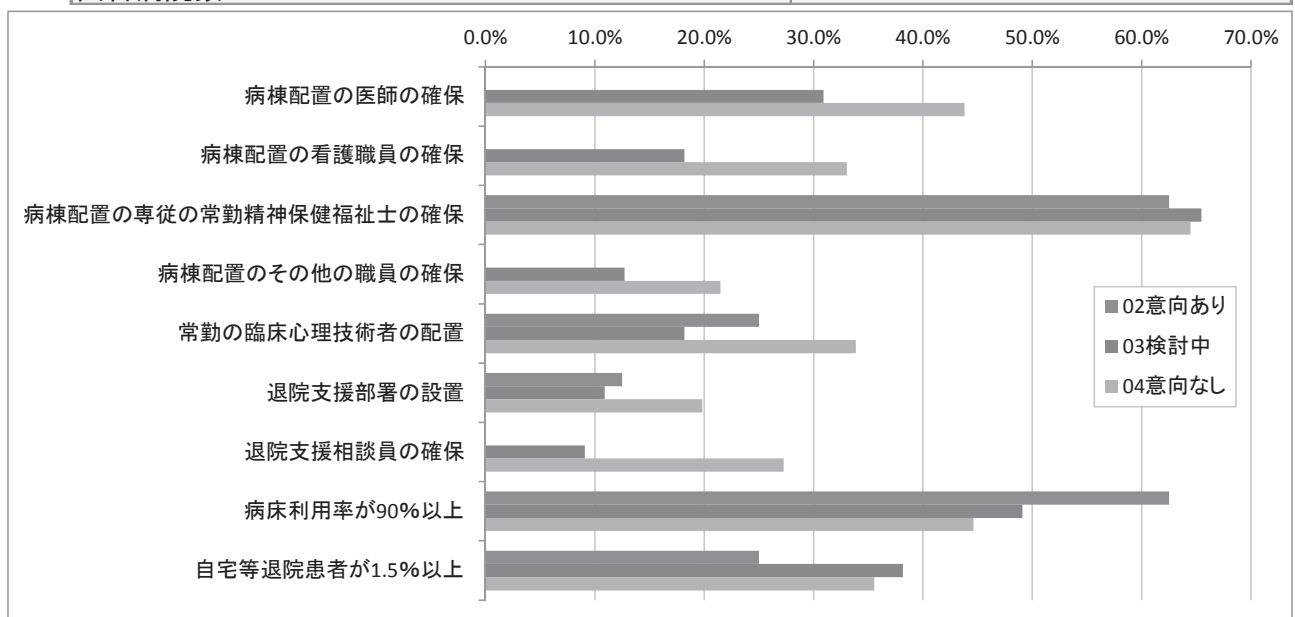
(4)(3)で08を選んだ方 満たせない要件、または届出にあたり苦労した(苦労している)案件は何ですか

<あてはまるもの 複数回答>

	あてはまるもの※複数回答	回答数	回答割合	精神病床数		
				1-149	150-300	>300
01	病棟配置の医師の確保	72	38.7%	26 53.1%	39 39.8%	7 17.9%
02	病棟配置の看護職員の確保	52	28.0%	20 40.8%	24 24.5%	8 20.5%
03	病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保	121	65.1%	34 69.4%	62 63.3%	25 64.1%
04	病棟配置のその他の職員の確保	34	18.3%	15 30.6%	15 15.3%	4 10.3%
05	常勤の臨床心理技術者の配置	54	29.0%	25 51.0%	22 22.4%	7 17.9%
06	退院支援部署の設置	33	17.7%	16 32.7%	13 13.3%	4 10.3%
07	退院支援相談員の確保	40	21.5%	21 42.9%	14 14.3%	5 12.8%
08	病床利用率が90%以上	86	46.2%	15 30.6%	47 48.0%	24 61.5%
09	自宅等退院患者が1.5%以上	68	36.6%	19 38.8%	31 31.6%	18 46.2%
	総計	560	-	191	267	102
	回答病院数			49	98	39

	あてはまるもの※複数回答	回答数	回答割合	精神病床数					
				1-149	150-300	>300			
01	病棟配置の医師の確保	72	38.7%	26	53.1%	39	39.8%	7	17.9%
02	病棟配置の看護職員の確保	52	28.0%	20	40.8%	24	24.5%	8	20.5%
03	病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保	121	65.1%	34	69.4%	62	63.3%	25	64.1%
04	病棟配置のその他の職員の確保	34	18.3%	15	30.6%	15	15.3%	4	10.3%
05	常勤の臨床心理技術者の配置	54	29.0%	25	51.0%	22	22.4%	7	17.9%
06	退院支援部署の設置	33	17.7%	16	32.7%	13	13.3%	4	10.3%
07	退院支援相談員の確保	40	21.5%	21	42.9%	14	14.3%	5	12.8%
08	病床利用率が90%以上	86	46.2%	15	30.6%	47	48.0%	24	61.5%
09	自宅等退院患者が1.5%以上	68	36.6%	19	38.8%	31	31.6%	18	46.2%
	総計	560	-	191		267		102	
	回答病院数			49		98		39	

	あてはまるもの※複数回答	02意向あり			03検討中			04意向なし		
01	病棟配置の医師の確保						17			53
02	病棟配置の看護職員の確保						10			40
03	病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保			5			36			78
04	病棟配置のその他の職員の確保						7			26
05	常勤の臨床心理技術者の配置			2			10			41
06	退院支援部署の設置			1			6			24
07	退院支援相談員の確保						5			33
08	病床利用率が90%以上			5			26			54
09	自宅等退院患者が1.5%以上			2			21			43
	総計			15			138			392
	回答病院数			8			54			121



3. 地域移行機能強化病棟運用ガイドラインについてお伺いいたします。

(1) 昨年度事業にて作成された「地域移行機能強化病棟運用ガイドライン」はご覧になりましたか

ガイドラインを	回答数	構成比率	精神病床数		
			1-149	150-300	>300
見た	274	50.8%	48	157	69
見ていない	252	46.8%	58	145	49
NA	13	2.4%	3	5	5
総計	539		109	307	123

ガイドラインを	回答数	構成比率	地域タイプ		
			過疎地域型	地方都市型	大都市型
見た	274	50.8%	39	161	74
見ていない	252	46.8%	35	157	60
NA	13	2.4%		6	7
総計	539		74	324	141

(2)届出の検討にあたり、詳細に知りたい内容をお聞かせください

<あてはまるもの 複数回答>

あてはまるもの※複数回答	回答数	回答割合	精神病床数					
			1-149		150-300		>300	
地域移行機能強化病棟入院料のわかりやすい施設基準	199	37.3%	44	40.7%	108	35.5%	47	38.5%
届出に向けた収支シミュレーション方法	240	44.9%	46	42.6%	138	45.4%	56	45.9%
地域の関係機関との連携方法	106	19.9%	23	21.3%	58	19.1%	25	20.5%
病院の構造改革・機能分化の事例	225	42.1%	44	40.7%	125	41.1%	56	45.9%
届出を行うべきかの判断基準	287	53.7%	55	50.9%	165	54.3%	67	54.9%
その他(具体的に)	28	5.2%	8	7.4%	16	5.3%	4	3.3%
総計	1,085		220		610		255	
回答病院数	534		108		304		122	

あてはまるもの※複数回答	回答数	回答割合	地域タイプ					
			過疎地域型		地方都市型		大都市型	
地域移行機能強化病棟入院料のわかりやすい施設基準	199	37.3%	30	40.5%	126	39.1%	43	31.2%
届出に向けた収支シミュレーション方法	240	44.9%	40	54.1%	150	46.6%	50	36.2%
地域の関係機関との連携方法	106	19.9%	15	20.3%	71	22.0%	20	14.5%
病院の構造改革・機能分化の事例	225	42.1%	33	44.6%	137	42.5%	55	39.9%
届出を行うべきかの判断基準	287	53.7%	41	55.4%	186	57.8%	60	43.5%
その他(具体的に)	28	5.2%	3	4.1%	16	5.0%	9	6.5%
総計	1,085		162		686		237	
回答病院数	534		74		322		138	

平成29年8月吉日

日本精神科病院協会
会 員 各 位

公益社団法人 日本精神科病院協会
障害者総合福祉推進事業16番事業検討委員会
担当副会長 森 隆夫
担当常務理事 櫻木章司
担当常務理事 野木 渡

地域移行機能強化病棟入院料 実施状況および意向調査のお願い

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から、当協会の運営につきましては格別のご理解、ご指導賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当協会は平成29年度総合福祉推進事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究」を平成29年7月に受託いたしました。本研究は、地域性、病床規模、社会資源の状況等のそれぞれの地域の実情を踏まえたうえで、各々の精神科病院での地域移行機能強化病棟入院料の算定に向けてのプロセスについて検討を加え、精神科病院が中長期的視点で構造改革を図ることに資するべく、必要に応じて平成28年度20番事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究」の成果であるガイドラインのバージョンアップを行うとともに、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等の問題点を探り、届出が阻害される要因の改善に向けた提言を行うことを目的としています。

つきましては「地域移行機能強化病棟入院料」の実施状況と意向を把握し、当該入院料の届出が推進されるための方策を検討することといたしました。

ご多忙な時節柄、誠に恐縮ではございますが、趣旨をご賢察のうえご協力いただけますようお願い申し上げます。 敬白

調査用紙：エクスプレス配信用アドレスへメールにてお送りしております。

調査票は日精協ホームページからダウンロードも可能です。

<https://www.nisseikyo.or.jp/member/chousa/>

締め切り：平成29年9月22日（金）

問い合わせ：日本精神科病院協会 事務局担当：大竹・神宮司・久保

返 信：メール：chousah@nisseikyo.or.jp

平成29年度障害者総合福祉推進事業
長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究
地域移行機能強化病棟入院料 実施状況および意向調査

会員番号		病院名		職種		氏名	
------	--	-----	--	----	--	----	--

1. 貴院の精神病床についてお答えください

- (1) 平均病床利用率 %
- (2) 平均在院日数 日
- (3) 昨年1年間に退院した患者の平均入院期間 日

2. 地域移行機能強化病棟についてお伺いします

- (1) 貴施設は、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていますか※☑は1つだけ
 01 届出をしていない 02 届出をしている 03 届出を終了した
- (2) (1)で01を選んだ方 今後、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行う意向はありますか ※☑は1つだけ
 01 具体的な予定がある ⇒ 届出予定時期 平成 年 月開始
 02 (具体的な予定はないが、)届出を行う意向がある
 03 検討中であり、まだわからない
 04 届出を行う意向はない
 05 その他(具体的に)

- (3) (2)で01以外を選んだ方 地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていない理由は何ですか
 最もあてはまるもの※☑は1つだけ

あてはまるもの※あてはまる番号すべてに☑

- 01 当該入院料を十分理解していないため
- 02 長期入院患者がいない・少ないため
- 03 転換に適した病床がないため(精神科急性期病床のみ、精神病床が少ないなど)
- 04 地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため
- 05 精神病床の削減は経営的に困難なため
- 06 報酬上の評価が適切ではないため
- 07 病床終了後の人的配置の不合理性のため
- 08 施設基準の要件を満たせないから
- 09 病棟の運営戦略にマッチしないから(例:当該入院料終了後の病棟にどのような入院機能をもたせるか)
- 10 その他 具体的に

- (4) (3)で08を選んだ方 満たせない要件、または届出にあたり苦労した(苦労している)案件は何ですか※あてはまる番号すべてに☑

- | | |
|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> 病棟配置の医師の確保 | 06 <input type="checkbox"/> 退院支援部署の設置 |
| 02 <input type="checkbox"/> 病棟配置の看護職員の確保 | 07 <input type="checkbox"/> 退院支援相談員の確保 |
| 03 <input type="checkbox"/> 病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保 | 08 <input type="checkbox"/> 病床利用率が90%以上 |
| 04 <input type="checkbox"/> 病棟配置のその他の職員の確保 | 09 <input type="checkbox"/> 自宅等退院患者が1.5%以上 |
| 05 <input type="checkbox"/> 常勤の臨床心理技術者の配置 | |

- (5) (3)で08を選んだ方 どのような状況・条件であれば届出をしようと思いますか。具体的にご記入ください。

3. 地域移行機能強化病棟運用ガイドラインについてお伺いいたします。

- (1) 昨年度事業にて作成された「地域移行機能強化病棟運用ガイドライン」はご覧になりましたか
 01 見た 02 見ていない
- (2) 届出の検討にあたり、詳細に知りたい内容をお聞かせください※あてはまる番号すべてに☑
- 01 地域移行機能強化病棟入院料のわかりやすい施設基準
- 02 届出に向けた収支シミュレーション方法
- 03 地域の関係機関との連携方法
- 04 病院の構造改革・機能分化の事例
- 05 届出を行うべきかの判断基準
- 06 その他(具体的に)

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました

2. 地域移行機能強化病棟入院料 届出病院調査の実施

(1) 目的

地域移行機能強化病棟入院料届出における実態と、昨年度事業にて作成した「地域移行機能強化病棟運用ガイドライン」の改定に向けて改善ポイントを探ることを目的に、当該入院料の届出をした又は既に届出を終えたことが確認できた病院を対象に調査を実施した。

(2) 方法

調査依頼書・調査概要および回答表はメールにて送付、回答表はデータ入力後にメール返信にて回収した。

(3) 対象と調査期間

日本精神科病院協会会員病院のうち、調査開始日までに当該入院料の届出をしている又は既に届出を終えたことが確認できた 40 病院に対して調査を実施。

調査期間は 2017 年 8 月 29 日～10 月 31 日。

(4) 調査結果

回答数は 29 病院(回収率 72.5%)。

地域移行機能強化病棟入院料に転換した病棟種別に関しては、精神療養病棟入院料が最も多く、24 病院(82.8%)だった。精神科入院基本料(15 対 1)は、5 病院(17.2%)だった。

地域移行機能強化病棟入院料届出終了後に転換(または転換予定)した病棟種別に関しては、精神療養病棟入院料が最も多く、17 病院(58.6%)だった。精神科入院基本料(15 対 1)への転換は、5 病院(17.2%)だった。

地域移行機能強化病棟入院料として届出した病棟の病床数は、60 床が最も多く、17 病院(58.6%)であった。40 床と回答した病院も 2 病院(6.9%)あった。

地域移行機能強化病棟入院料届出にあたって、病床利用率 90%の施設基準を満たすために、あらかじめ病床を削減した病院が 19 病院(65.5%)あった。削減病床数は 1～9 床と 10～20 床が最も多く、それぞれ 7 病院(24.1%)だった。30 床以上削減した病院も 3 病院(10.3%)の回答があった。

地域移行機能強化病棟入院料に当たり、予定した精神病床の削減計画について質問したところ、10～20 床とした病院が最も多く、11 病院(37.9%)だった。60 床以上の削減を予定している病院も 1 病院回答があった。

地域移行機能強化病棟入院料 届出病院調査結果

調査期間	2017年8月29日～10月31日
会員病院数	調査開始日までに地域移行機能強化病棟の届出をしていることが確認できた40病院
回答病院数	29病院
回収率	72.5%

1. 地域移行機能強化病棟についてお伺いします

(1) 当該入院料の届出をした時期はいつですか

開始月	回答数
平成28年4月	2
平成28年5月	1
平成28年6月	5
平成28年7月	1
平成28年8月	2
平成28年9月	6
平成28年10月	2
平成28年11月	1
平成28年12月	1
平成29年1月	1
平成29年2月	1
平成29年4月	6
総計	29

(2) 当該病棟に転換した病床種別と、届出終了後に転換した(またはする予定の)病床種別は何か

転換前病棟	終了後病棟	回答数
精神科入院基本料(15対1)	精神科入院基本料(15対1)	3
精神科入院基本料(15対1)	精神療養病棟入院料	1
精神科入院基本料(15対1)	未回答	1
精神療養病棟入院料	精神科入院基本料	2
精神療養病棟入院料	精神療養病棟入院料	16
精神療養病棟入院料	未回答	6
総計		29

転換前病棟	終了後病棟	精神病床数		
		150-299	300-449	>450
精神科入院基本料(15対1)	精神科入院基本料(15対1)		2	1
精神科入院基本料(15対1)	精神療養病棟入院料	1		
精神科入院基本料(15対1)	未回答			1
精神療養病棟入院料	精神科入院基本料		2	
精神療養病棟入院料	精神療養病棟入院料	9	5	2
精神療養病棟入院料	未回答		3	3
総計		10	12	7

(3) 当該入院料として届出をした病床数を教えてください

病床数	回答数	精神病床数		
		150-299	300-449	>450
40	2	2		
50-54	5	3	2	
55-59	5		4	1
60	17	6	6	5
総計	29	11	12	6

(4) 当該入院料の届出にあたり、病床利用率 90%とするために削減した病床数を教えてください

事前削減病床数	回答数	精神病床数		
		150-299	300-449	>450
0	10	3	4	3
1-9	7	1	4	2
10-19	7	5	2	
20-29	2	2		
>30	3		2	1
総計	29	11	12	6

(5) 当該入院料の届出に当たり、精神病床の削減計画(または結果)を教えてください

削減病床数	回答数	精神病床数		
		150-299	300-449	>450
<10	6	2	2	2
10-20	11	5	3	3
21-30	3	2		1
31-40	3	1	3	
41-50	0			
51-60	4	1	3	
>60	1		1	
総計	29	11	12	6

2. 地域移行機能強化病棟運用ガイドラインについてお伺いいたします。

(1) 地域移行機能強化病棟の運用にあたり、当該ガイドラインを参考にしていますか

※☑は1つだけ

	回答数
参考にしている	7
ガイドラインの存在を知らなかった	5
参考にしていない	16
NA	1
総計	29

(2) 昨年度事業にて作成された当該ガイドラインの各項目にあてはまるものを教えてください

	地域移行機能強化病棟の届出の検討	地域移行機能強化病棟の届出準備	地域移行機能強化病棟の届出後の運用	地域の機関との連携 地域資源受け皿準備
必要不可欠なものは網羅されている	18	16	17	14
文章が多すぎて見づらい、わかりづらい	3	4	2	3
解説図などで簡素化したほうがよい	3	4	2	5
チェックシートやチャートを使って自院に必要な項目を明瞭にしてほしい	8	6	4	5

(3) 項目ごとに不足している内容がございましたらお聞かせください

<地域移行機能強化病棟の届出の検討>

- 実際に数字を入れて試算できるようなフォーマットがあれば有難い
- 単年度のシミュレーションだけではなく、3年程度の期間の収益予測があると、届出や取り下げる時期判断が明瞭になるかと思われる
- 地域移行機能強化病棟算定終了後の病院運営のシミュレーションがあると良い

<地域移行機能強化病棟の届出準備>

- 届出の様式にかかわる説明。様式9号の実績は地域移行機能強化病棟での配置基準となること

<地域移行機能強化病棟の届出後の運用>

- 毎月の退院率管理の為にチェックシートが欲しい
- 病床削減、看護人員削減のシミュレーションのイメージなど

<地域の機関との連携 地域資源 受け皿準備>

- 地域の介護施設が把握出来る様に、書き込みが出来る解説図が欲しい
- 資源の具体的な拡充の仕方、地域への働きかけについて

平成29年8月吉日

日本精神科病院協会
会 員 各 位

公益社団法人 日本精神科病院協会
障害者総合福祉推進事業16番事業検討委員会
担当副会長 森 隆夫
担当常務理事 櫻木章司
担当常務理事 野木 渡

地域移行機能強化病棟入院料 届出病院調査協力をお願い

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から、当協会の運営につきましては格別のご理解、ご指導賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当協会は平成29年度総合福祉推進事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究」を平成29年7月に受託いたしました。本研究は、地域性、病床規模、社会資源の状況等のそれぞれの地域の実情を踏まえたうえで、各々の精神科病院での地域移行機能強化病棟入院料の算定に向けてのプロセスについて検討を加え、精神科病院が中長期的視点で構造改革を図ることに資するべく、必要に応じて平成28年度20番事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究」の成果であるガイドラインのバージョンアップを行うとともに、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等の問題点を探り、届出が阻害される要因の改善に向けた提言を行うことを目的としています。

つきましては平成28年度作成のガイドラインについてのご意見をいただきたく調査を行うことといたしました。

ご多忙な時節柄、誠に恐縮ではございますが、趣旨をご賢察のうえご協力いただけますようお願い申し上げます。 敬白

調査用紙：エクスプレス配信用アドレスへメールにてお送りしております。

締め切り：平成29年9月22日（金）

問い合わせ：日本精神科病院協会 事務局担当：大竹・神宮司・久保

返 信：メール：chousah@nisseikyo.or.jp

平成29年度障害者総合福祉推進事業
長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための具体的方策のあり方に関する研究
地域移行機能強化病棟入院料 届出病院調査

会員番号		病院名		職種		氏名	
------	--	-----	--	----	--	----	--

1. 地域移行機能強化病棟についてお伺いします

(1) 当該入院料の届出をした時期はいつですか
 平成 年 月

(2) 当該病棟に転換した病床種別と、届出終了後に転換した(またはする予定の)病床種別は何ですか

	地域移行機能強化病棟に転換した病床	⇒	届出終了後に転換した病床
01	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神科入院基本料		<input type="checkbox"/> 10対1 <input type="checkbox"/> 13対1 <input type="checkbox"/> 15対1 <input type="checkbox"/> 18対1 <input type="checkbox"/> 20対1
02	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神科救急入院料		05 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料
03	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料(1・2)		06 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料
04	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料		07 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 認知症治療病棟入院料

(3) 当該入院料として届出をした病床数を教えてください
 床

(4) 当該入院料の届出にあたり、病床利用率90%とするために削減した病床数を教えてください
 床を削減

(5) 当該入院料の届出に当たり、精神病床の削減計画(または結果)を教えてください
 平成 年 月 までに精神病床 床を削減(予定)

2. 地域移行機能強化病棟運用ガイドラインについてお伺いいたします。

(1) 地域移行機能強化病棟の運用にあたり、当該ガイドラインを参考にしていますか※☑は1つだけ

01 <input type="checkbox"/> 参考になっている	02 <input type="checkbox"/> 参考にしていない
03 <input type="checkbox"/> ガイドラインの存在を知らなかった	

(2) 昨年度事業にて作成された当該ガイドラインの各項目ごとにあてはまるものを教えてください

	<input type="checkbox"/> <地域移行機能強化病棟の届出の検討>
	<input type="checkbox"/> <地域移行機能強化病棟の届出準備>
	<input type="checkbox"/> <地域移行機能強化病棟の届出後の運用>
	<input type="checkbox"/> <地域の機関との連携 地域資源 受け皿準備>
01	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 必要不可欠なものは網羅されている
02	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 文章が多すぎて見づらい、わかりづらい
03	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解説図などで簡素化したほうがよい
04	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> チェックシートやチャートを使って自院に必要な項目を明瞭にしてほしい

(3) 各項目ごと、不足している内容がございましたらお聞かせください。

	<input type="text" value="<地域移行機能強化病棟の届出の検討>"/>
	<input type="text" value="<地域移行機能強化病棟の届出準備>"/>
	<input type="text" value="<地域移行機能強化病棟の届出後の運用>"/>
	<input type="text" value="<地域の機関との連携 地域資源 受け皿準備>"/>

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました

3. シンポジウム「地域移行機能強化病棟届出にあたって」の開催

(1) 目的

地域移行及び病院の構造改革の具体的事例の共有を目的にシンポジウムを開催した。

(2) 開催内容

第6回日本精神科医学会学術大会において、「地域移行機能強化病棟届出にあたって」と題したシンポジウムを開催した。

日時 平成29年10月13日(金)10:00～11:50

会場 広島国際会議場(平和記念公園内)第5会場【B2F コスモス①】

対象者 精神科病院の開設者、管理者および医療従事者

シンポジウムには会員病院関係者170人が参加した。

プログラムは以下の通り。

事例報告Ⅰ	地域移行機能強化病棟 取得にあたって 医療法人生生会 松蔭病院 地域生活支援室 芝辻 彩子
事例報告Ⅱ	地域移行機能強化病棟における1年間の取り組みと結果について 医療法人越南会 五日町病院 飯酒盃保弘
事例報告Ⅲ	当院における精神科医療－病床削減の必然－ 医療法人生仁会 須田病院 加藤秀明

座長:野木 渡(公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事/浜寺病院 理事長)

江原 良貴(公益社団法人 日本精神科病院協会 地域移行・障害福祉サービス

専門対応チーム委員長/積善病院 理事長・院長)

事例発表の要旨を以下に掲載する。

今回のシンポジウムでは1,000床の大規模病院、約300床の中規模病院、約200床の小規模病院にそれぞれ発表していただいた。地域移行機能強化病棟へ転換した理由で共通していたのは病床稼働率が90%を切ってきたことだった。従って届出前に病床稼働率を90%超とするために、ベッドの削減を行っている。どの病院も毎年12人以上の長期入院患者(1～2年の患者が殆どを占める)が退院しており、退院実績はクリアできていた。理事長・院長・事務長・総師長・精神保健福祉士・該当病棟の師長等である独自の委員会を立ち上げ、対象患者や他の病棟からの転棟、入退院患者調節等について具体的な検討がなされていた。また、退院後支援のために保健所・相談支援事業所、就労継続支援事業所、グループホーム、福祉ホーム、老健等と連絡を密にとっていった。退院する患者に対しては、同時にピアサポーターを招い

て体験発表を聞き、養護老人ホームやサービス付き高齢者住宅への見学会を行っていた。精神保健福祉士の配置については2病院では関連施設とやりくりで新たな雇用はなかったが、1病院は精神保健福祉士が2名しか確保できなかったため、40床で当該病床の届出を行ったとのことであった。いずれの病院も当該病棟の稼働率は100%を目指し、退院予定日当日には他の病棟から患者を転棟させるようにしていた。届出期間はいずれの病院も未定とされたが、大規模病院は5年間(60床)継続し、1病棟を閉鎖する可能性ありとのことであった。

フロアからの質問には、厚労省 精神・障害保健課の課長補佐にご回答いただいた。ベッド削減基準緩和や当該病棟の入院基本料の評価についての質問に対し、平成32年までの届け出期限も含めてこの段階では未定とされた。立ち見が出るほど多くの方の参加があり、地域移行機能強化病棟入院料に対する関心の高さが窺えた。

事例報告 I : 地域移行機能強化病棟 取得にあたって

医療法人生生会 松蔭病院 地域生活支援室
芝辻 彩子

【はじめに】

平成 28 年度の診療報酬改定において「地域移行機能強化病棟入院料」が新設された。当院でも検討を重ねた結果、H29 年4月より、「地域移行機能強化病棟入院料」へ1病棟を切り替えることとなった。

当法人は、愛知県名古屋市中川区に位置する。

愛知県名古屋市は政令指定都市であり、その西部にある中川区は都心部に近く、利便性が高い地域である。市内でも人口が2番目に多い。そこに位置する当法人は日精協会員病院である松蔭病院と、まつかげシニアホスピタル・認知症疾患医療センター、その他事業所から成り立っている。

その中でも精神科中心の松蔭病院では、かねてから精神科救急に力を入れ、退院後の受け皿として就労継続支援事業所や、グループホーム等の関連施設も持ち合わせており、地域に密着した精神科病院として成長を遂げてきた。

また、昨今の高齢化に伴い、まつかげシニアホスピタル・認知症疾患治療センターを H24 年に開院し、認知症治療に特化した治療も可能とした。松蔭病院の患者様でも認知症の方が増え、そのような方は基本的にはまつかげシニアホスピタルへ転院を進めるようにし、病院の機能を分化するようにした。それに伴い、松蔭病院(精神科)619 床とまつかげシニアホスピタル・認知症疾患治療センター(精神科 他科)380 床を合わせると 999 床となった。

しかし、病院の機能分化とともに、いくつかの問題が徐々にあがった。それは、松蔭病院の病床稼働率の低下や患者層の変化により以前からある病棟機能の役割が曖昧さ等から、病院全体の運用をどのようにしていくのかという問題に直面している。

【地域移行機能強化病棟の取得にあたって】

いくつかの問題を抱える中で、平成 28 年度の診療報酬改定において新設された「地域移行機能強化病棟入院料」に着目した。平成 28 年の秋頃より当院にて検討を開始し、同年の 12 月末に様々な職種で構成された「地域移行機能強化病棟委員会」が発足した。今までも地域への退院については尽力してきたが、1 年以上の長期入院者が地域へ退院をするというのを決められた枠組みの中で行うことが可能なのか、病棟の構成を今後どうしていくのか…等と検討を重ねた。特に、申請にあたって重要となる稼働率、人員配置や病棟の改修工事等に時間をかけて話し合いを行った。各職種で役割分担をし、会議を重ねた結果、「精神療養病棟(60 床)」の 1 病棟を切り替えることとなり、平成 29 年 4 月には地域移行機能強化病棟を申請することができた。

【申請から半年を振り返って】

I. 申請後

申請前から申請後にかけて、地域移行機能強化病棟についての説明会や院内勉強会を開催し、病院職員全体へ伝えた。特に病院全体で取り組むことを周知した。

《地域移行機能強化病棟委員会》は1回／週から1回／月の開催とし、地域移行機能強化病棟を中心とした、病院全体の把握をする場としている。

《退院支援委員会》は個々の退院支援の進捗等を確認する場になっており、退院支援委員会だけでは足りない場合に積極的に個別カンファレンスを実施している。

他に《地域移行機能強化病棟実務者会議》を開催し、実務者が病棟全体の動きを把握する場も設けている。主に全体の進捗や退院者の報告、共有すべき事項の伝達等を行っている。

また、地域との関わりも増えた。保健所や障害者基幹支援センター、相談支援事業所との勉強会や該当病棟での講演等、地域の職員が院内での活動をしやすくなるように工夫をしている。以前から地域の職員が出入りはしていたが、病院全体として取り組むことで更にスムーズな連携を図れるようになった印象もある。

II. 退院の状況

申請後 現在までの退院の状況

退院月	年齢	診断	在院期間	性別	退院先
H28.4	62	F2	1Y7M	女	在宅(単身)
H28.5	60	F2	8Y3M	男	グループホーム(外部)
H28.5	53	F2	5Y8M	女	在宅(単身)
H28.5	49	F2	4Y2M	女	在宅(病院同居)
H28.6	72	F0	1Y10M	女	高齢者施設
H28.6	79	F0	1Y7M	男	在宅(家族同居)
H28.7	59	F2	1Y4M	女	グループホーム(当院施設)
H28.8	45	F2	5Y5M	男	グループホーム(当院施設)
H28.9	67	F7	1Y4M	女	高齢者施設
H28.10	33	F2	1Y1M	女	グループホーム(当院施設)

同病棟からの退院者は H29 年 10 月の段階で 10 名退院。

平均年齢： 57.9 歳

入院期間： 3.5 年

診 断： F2 圏が 7 割を占めている

退 院 先： 退院先が偏ることはなく、様々な退院先を検討することが出来た。

Ⅲ. 半年を振り返り

定期的に地域移行機能強化病棟から地域へ退院していく患者様を他の患者様が見て、いい影響を受けている印象がある。自分も退院できるのではないかと、実際の退院の流れを知ることが出来て安心した等、お互いにいい刺激になり、退院支援を遂行しやすくなった。

また、地域の機関との繋がりを病院全体で受け入れることが出来るようになった。今までは、他の機関の役割等が認識されておらず、関心を持ちにくいようだったが、現在は多職種が退院を意識して介入するようになり、他機関へ関心を示すことで関係性が構築出来ている。その流れから、多職種間で地域での生活することをイメージ出来、意見を聞く場も設けられた。

その一方で、検討すべき点もいくつかあがっている。地域移行機能強化病棟を開始する際や申請後に、他院と情報共有する場がなかった。そういった場があることで、申請や業務遂行において工夫が出来たのではないかと。

また、対象者の選抜に苦慮している。退院出来る候補者はいるが、診療報酬上の条件があるため、現在は支援者が退院支援しやすい患者様を選んでしまっている。本来はチームで関わることが可能であるため、退院支援が難しいケースに取り組みたいが、年間 12 人の退院という基準に焦りがある。

もう1点、地域移行機能強化病棟について病院全体への理解や周知を今後も定期的にも実施していく必要がある。病棟へ転入する際の患者様への説明等がうまく出来ずに、混乱させてしまうことがある等の問題点が生じており、この点は検討していきたい。

【最後に】

当院は法人全体で 999 床を抱えている。精神科のベッド削減はかねてから検討されていたことであり、当院の全体の稼働率も低下していた。ベッドを削減し、稼働率をあげることが期待できるということで、今回の地域移行機能強化病棟を活用することになった。

ただ、当院としてどこまでベッドを削減し、どのように病院全体の運用を考えていくかを検討していかなければならない。実際に H29 年 4 月からの稼働率は 90%を切ることはなく 92%前後で運用できている。その辺りをふまえ、地域のニーズや病院の在り方を再度調査する必要もあると考えている。

また、今後の当院の在り方として、急性期病棟と重症疾患病棟、身体合併症病棟が主軸になると考えられる。その一方で、急性期の中だけでは対応が難しい中長期的な患者層が毎年出ていることも確かである。そういった方々の支援の場として、地域移行できる病棟が必要であるように感じている。

そのように検討していく中で今回、長期入院者の退院支援について、病院全体で取り組むシステムが今までなく、個々のケースに各担当が対応している状況であったことに気が付くことが出来た。今回の地域移行機能強化病棟を開始したことで、病院全体で動向を見守ることも出来、地域へ移行することを皆で理解することができるようになった。今後の為に、現在のシステムをどう当院に合う形に変化させ、維持していくかを検討していきたい。

事例報告Ⅱ：地域移行機能強化病棟における1年間の取り組みと結果について

五日町病院 精神保健福祉士

飯酒盃 保弘

1. はじめに

当院は昭和56年に開院し、地域の精神科医療・高齢者福祉の中核を担ってきた。地域の人口減に加え、建物の老朽化、患者数の減少、職員の高齢化、有資格者の確保など課題は山積していた。病院のダウンサイジングや病棟機能の再編を検討する中で、地域移行機能強化病棟を活用した退院支援を行うこととなった。

2. 取組について

平成28年3月から地域移行機能強化病棟検討委員会を立ち上げ、地域移行機能強化病棟届出に向けた検討を重ねた。

平成28年8月、60床の精神療養病棟を地域移行機能強化病棟に転換。地域移行機能強化病棟の安定した取り組みのため、退院先の確保が課題となった。限られた社会資源の中、地域支援者との交流会や高齢者向けの社会資源見学会など、地域との交流を図ることで、入院患者の退院意欲の喚起や退院に結びつけることができた。

3. 1年間取り組んだ結果

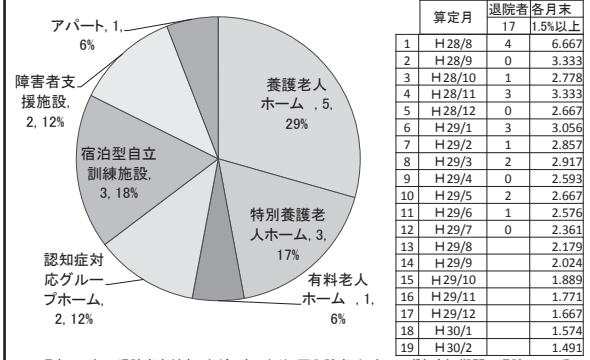
地域移行機能強化病棟からの退院患者は17名。地域の関係機関、院内の連携を図ることで退院実績を積み上げた。退院患者のうち、再入院者は2名となっている。

病床削減と長期入院患者の退院、各病棟の取り組みにより病院全体の平均在院日数が389.6日から292.1日となった。精神一般病棟の平均在院日数も大幅に減少し、13:1看護基準が算定可能となる等、病院全体の取り組みの成果があがった。

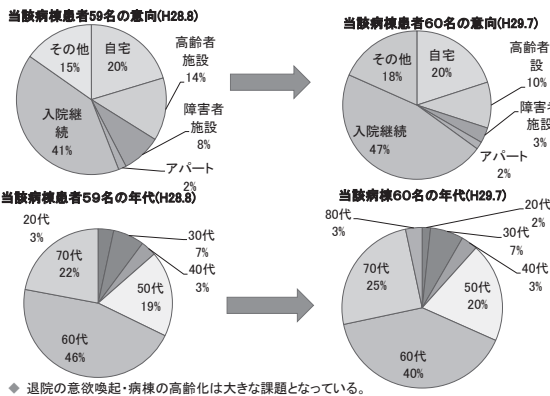
収益について平成27年8月～平成28年7月と平成28年8月～平成29年7月を比較すると精神療養病棟から地域移行機能強化病棟へ転換部分は87,115,640円の増収。入院病棟全体では40,821,427円の増収となった。

地域移行機能強化病棟に取り組んだ結果と課題について

平成28年8月～平成29年7月 地域移行機能強化病棟からの退院実績



地域移行機能強化病棟における患者の変化



地域移行機能強化病棟の変化

【対応を迫られた点】

- ◆ 地域移行機能強化病棟で空床が生じると、他の病棟から患者を転棟させ、退院の検討を行うこととなる。
- ◆ 他の病棟で安定している患者は少ない。閉鎖病棟から転棟する患者は重症者が多く、病状悪化・離院等のリスクが増大した。開放時間を6:30～20:00としていたが、患者とのミーティングを経て開放時間を6:30～17:30に変更した。

【良かった点】

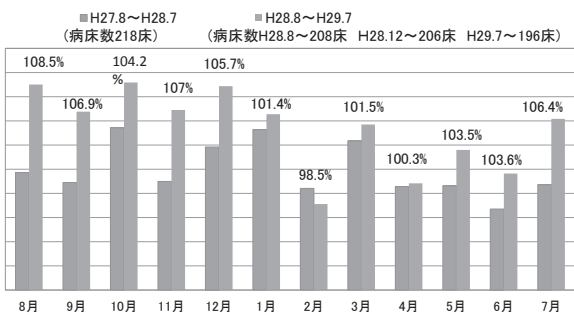
- ◆ 職員からの働きかけだけでなく、患者同士で社会資源のパンフレットを見ながら意見交換する場面が多く見られた。
- ◆ 入院しているのが当たり前という雰囲気から退院について考えることが当たり前という雰囲気に変化した。

病院全体における変化

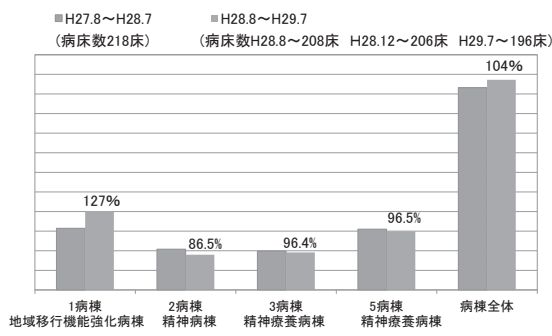
	全病棟	1病棟 地域移行 機能強化病棟	2病棟 精神病棟(15:1)	3病棟 精神療養病棟	5病棟 精神療養病棟
対象月	H28.8	H28.8	H28.8	H28.8	H28.8
日数	31日	31日	31日	31日	31日
稼働病床数	208床	60床	48床	40床	60床
平均入院患者数	189.4人	59.0人	33.0人	38.9人	58.4人
平均在院日数	389.6日	832.5日	160.1日	438.4日	504.7日
病床稼働率	91.0%	98.4%	68.8%	97.3%	97.3%

	全病棟	1病棟 地域移行 機能強化病棟	2病棟 精神病棟(13:1)	3病棟 精神療養病棟	5病棟 精神療養病棟
対象月	H29.7	H29.7	H29.7	H29.7	H29.7
日数	31日	31日	31日	31日	31日
稼働病床数	196床	60床	36床	40床	60床
平均入院患者数	178.6人	58.1人	31.2人	37.2人	52.1人
平均在院日数	292.1日	2121.6日	71.1日	552.3日	602.4日
病床稼働率	91.1%	96.8%	86.6%	93.0%	86.9%

平成27年8月～平成28年7月と平成28年8月～平成29年7月の 入院病棟全体の収入の比較



平成27年8月～平成28年7月と平成28年8月～平成29年7月の 各病棟別の収入の比較



今後の課題と展望

- ① 外部部門の充実
 - ◆ 外来患者・地域の社会資源に対して遠隔診療や往診など、どのようなニーズがあるかアンケート調査中
- ② 地域移行機能強化病棟終了後の取り組み
 - ◆ 平成30年診療報酬・介護報酬改訂・障害福祉サービスの報酬改訂に向けた法人内の情報共有強化
 - ◆ 老朽化しているハード面への対応
- ③ 地域との関係強化・訪問看護等アウトリーチの充実
 - ◆ 地域に根差した医療・福祉を展開
 - ◆ 今まで訪問看護等の連携が取れていなかった機関への積極的な働きかけ

4. 考察

地域移行機能強化病棟の取り組みは病棟単体で機能するものではない。単に長期入院患者の退院や病床削減だけではなく、病院全体で取り組むことで様々な波及効果が生まれた。地域との交流も増え長期入院患者の退院意欲の喚起、退院した後のフォロー体制の構築、訪問看護先の開拓につながった。

収益については地域移行機能強化病棟の増収が前年比 127%増と顕著だが、他病棟は前年比 86%から 96%となっている。地域移行機能強化病棟は終了後の取り組みが重要となる。

退院支援相談員として長期入院患者と関わる中で、入院期間が長ければ長いほど退院が困難となる現状を目の当たりにする一方、退院した患者が病棟で体験発表する姿や、街の中で生活する姿を見るようになり、支援体制を整えれば地域で定着できる長期入院患者がいることを実感している。

前述したとおり課題は多くあるが、平成 30 年の診療報酬改訂を見据えて、当院で不足しているアウトリーチ部門の強化と外来患者数の増を図るべく、ニーズに合った診療体制の整備を行うための人員配置を実施し、地域移行機能強化病棟終了時期を併せていきたい。

医療法人生仁会須田病院

加藤 秀明

【当院の概要】

当院は岐阜県北部の飛騨地方に所在する単科の精神科病院である。昭和31年に25床で開設された当院は必要に応じて増床を重ね、昭和58年には350床まで増床した。当院は「精神疾患患者は精神科病院に収容」という国の施策に沿って精神科病院建設ラッシュ時に開設され、その方針で運営されてきた。長い間特に変化はなかったが、精神保健福祉法(平成7年)と介護保険法(平成9年)の制定に伴い、3つの社会復帰施設、デイケアセンター、介護老人保健施設を設立した。平均在院患者数は平成になると横ばい状態になり、平成10年頃から減少したので、平成12年に病棟改修に伴い338床に減床した。精神科医療の転換期は平成16年の精神保健医療福祉の改革ビジョンであるが、当院ではこの少し前(平成13年)に今後の当法人のあり方を示す運営方針を制定した。このなかで患者の社会復帰や地域での共生を多職種によるチーム医療で行うことを理念に掲げたので、改革ビジョンの理念「入院医療中心から地域生活中心」は私達に勇気を与えた。当院ではこの問題を組織だって取り組んだわけではないが、在院患者は少しずつ減少した。平成20年に病棟が老朽化したこともあって、入院収益増加を図るため急性期治療、精神療養、認知症治療病棟など機能別にした新病棟を311床に減少して建設した。次いで訪問看護ステーション(平成23年)とヘルパーステーション(平成24年)を整備した。新病棟になると在院患者数の減少に拍車がかかったので、平成28年6月に地域移行機能強化病棟を取得し(290床)、平成29年6月からは282床である。平成30年6月からは施設基準に従い274床にする予定である。

【日本の精神科医療の凝縮】

当院の医療は日本の精神科医療を1000分の1に凝縮したものであると私は考えている。その理由は、1)四方を山に囲まれ、限局した診療範囲で、飛騨地区唯一の精神科入院機関、2)診療圏の高山市と飛騨市の人口13万人(日本の人口1億3千万)、当院330床(日本の精神科病床33万床)、3)受診・入院は原則断らないので、地域のニーズを反映している3点である。当院は地域のニーズを大切に、病院の理念や個々の思いと診療報酬で誘導される国の施策に従って運営しているので、当院の入院患者データはある程度の統計的な意味をもって自然な経過を示し、日本の精神科医療の歴史・問題点・現状・将来への展望を考える際に役立つ。当院の経過が他の精神科病院の参考になるとすればこの点にある。普通にやっておれば、あるいはまじめにやればやるほど当院のように在院患者数は減少し、病床削減は必然のものとなると考えられる。

【在院患者数の減少】

新入院患者(初回と再入院患者)は、平成 10 年までは 300 人台で推移していたが、平成 11 年から 400 人台、平成 24 年から 500 人前後とかなり増加している。それなのに平均在院患者数が減少しているのは以下の 5 つの要因が考えられる。

第 1 に入院期間の減少である。平均在院日数は昭和の時代は 600 日近くあったものが平成になると 500 日、平成 5 年から 400 日、平成 10 年から 300 日を切り、平成 26 年からは 200 日前後と急速に減少している。これは長期入院患者の地域移行と死亡退院に加えて、新たに入院した患者の入院期間が短縮していることによる。新規入院以上の患者は急性期治療病棟に原則入院するのでこの傾向は顕著になっている。

第 2 は地域ケアの充実である。当院では各専門職による多職種協働によって、患者の地域生活を支えることを理念に掲げ通常の医療の中で実践してきた。国の方針に従い、就労支援以外は病院完結型で関連施設を少しずつ整備し、多様な専門職もそれぞれに経験を積んできた。行政や作業所などの関係機関とも土地柄かほとんどは顔見知りの関係にある。その結果、平成 20 年頃には ACT 的な支援ができるほどになった。ACT の活動は先駆的な機関でなくても、当院のような地方のふつうの単科精神科病院においても行えている点を強調したい。なお、当法人がもつ病院以外の居住施設はグループホームなど合わせて 31 床と老人保健施設 70 床である。

第 3 は当院へ初めて入院する統合失調症患者の減少である。初回新入院統合失調症患者の 60 年間の推移をみると、昭和 32 年～昭和 42 年は 30 人以上、昭和 43 年～昭和 52 年はほぼ 20 人台、昭和 53 年～平成 7 年は 10 人台、平成 8 年からは 10 人を割る年があつて減少している。初回新入院患者は認知症の増加もあつて総数としては増加し、他の疾患にはあまり変化はないが、統合失調症のみが顕著に減少している。この意味づけは、統合失調症の軽症化と減少、統合失調症の双極性障害へ診断変更といった DSM 操作的診断の影響、持効性抗精神病薬などの薬物療法を含む外来治療の充実、診療圏のとくに若者の人口減少などが考えられる。

第 4 は長期入院患者の死亡退院である。過去 5 年間(平成 24 年～平成 28 年)に退院した 5 年以上の長期入院患者 58 人の退院先の調査では、半数の 29 人が転院先で死亡を含む死亡退院であった。転院先での死亡は心管イベントや肺炎が多いが、長期入院患者の老衰や癌末期などの場合は当院で看取りを行っている。この結果は長期入院患者の地域移行は 1～5 年未満の患者に多く、5 年以上の入院患者では難しくなることを示している。

第 5 は当院診療圏(高山市・飛騨市・白川村)の人口減少の問題である。当院の診療圏の人口は約 13 万 3 千人(昭和 60 年)から約 11 万 5 千人(平成 27 年)と 30 年間で 2 万人弱ほど減少し、高齢化は 13.5%から 32.3%にすすんでいる。将来予測では就労年齢と子どもの人口がとくに減少する。診療圏の中心である高山市は 20～24 歳の年齢層がとくに少ない人口ピラミッドが特徴であるが、この年齢は統合失調症の好発年齢である。なお、就労人口の減少は当院の医療に影響を及ぼしている。現在ケアスタッフと夜勤のできる看護師が不足気味で業務縮小を余儀なくされ、今後も医療従事者の充足は見込めないだろうとする点も病床削減(病棟閉鎖)を決断した理由の 1 つである。

【強化病棟の実際】

在院患者数(病床稼働率)の減少のため病床削減が現実的な課題になっていたとき、平成 28 年 4 月の診療報酬改定において、地域移行機能強化病棟入院料が新設された。ここ数年の経過から条件をシミュレーションするとクリアできそうで、高い点数も魅力的なこともあり、病床削減を決断し、同年 6 月届出をした。この際、施設基準を満たすため定床 311 床を 290 床(病床利用率 90%以上)に、当該精神療養病床 50 床を 40 床(精神保健福祉士配置 2 名)にした。退院患者調整委員会を立ちあげ、長期入院患者をリストアップし、退院できそうな患者を検討することにした。委員会を開くまでもなく、実臨床のなかで当該病棟の条件 8 人は容易に達成できた。当該病棟から 1 年間に退院した長期入院患者は 19 人であった。19 人のうち 5 年以上入院患者は 2 人で、疾患は統合失調症 7 人、双極性障害 3 人、統合失調感情障害 2 人、アルコール依存症 1 人、認知症 5 人、精神遅滞 1 人であった。長期入院患者の疾患の種類、退院先、当該病棟の入院期間は問われないので、当院のこれまでの流れのなかで診療をしていけばよいものであった。

地域移行機能強化病棟における新たな取り組みとしては、病気の勉強(心理教育)、各専門職の講義、当院併設施設の体験と利用者との交流、ピアサポーターや外部関係者の話し、B型作業所の見学などであるが、日常の業務のなかでそれほどの負担なく行えるものである。地域移行に関して私には苦い経験がある。当院では過去 34 年間に参考事例を含めて 22 人の入院患者の自殺者がいた。このなかの 3 人は自立訓練施設や老人ホームへの退院の話しがすすんでいたときに自殺し、自殺の背景に地域移行の問題が認められた。自殺の要因として所属感の脆弱(ジョイナー)が重要であるが、長期入院患者にとって退院は当院との所属感が失われることを意味する。心しておきたい点である。

【当院の今後】

地域移行機能強化病棟を取得してから 1 年間で 6 千万円弱の増収があった。入院患者は減少しているのに入院医業収益は微増になり、当院にとって一息つけたところである。当院は地域移行機能強化病棟をあと 1 年ほど続ける予定でいるので、1 年後には 261 床になる。受け入れ条件を整えば 7 万床減らせると言われて久しいが、これは当院では 70 床に相当するので達成したことになる。これで当院の構造改革はひとまず終了したと考えているが、地域特性を考慮した精神科病院のあり方、適正規模は常に重要な命題である。当院の地域特性とは人口 10 万人程度の過疎傾向にある地方都市唯一の精神科病院である点であろう。当院の今後について答えを出すことは、医療計画などの国の方針、もう 1 つの精神療養病棟の存在、医療従事者の確保、医療介護福祉報酬など不透明な点が多く私の能力を超える。ただ言えることは地域の精神科病院への期待、要請の大きさである。精神科病院には多様な専門職がいて、支援に必要な種々の法律の運用に慣れており、緊急入院など小回りもきくのでそれに応えることができる。当院の方針は間違いなかったことを確認し、他の医療・介護・福祉機関と連携して多様化する精神科医療に対応していくことが精神科病院の生き残れる道であると思う。

4. 地域移行機能強化病棟運用ガイドラインの改訂

地域移行機能強化病棟入院料届出病院の意見を参考にして、当該入院料の届出が推進されるための方策を検討し、平成28年度障害者総合福祉推進事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究」の成果であるガイドラインを実効性のあるガイドラインにバージョンアップを行い、全国への周知・普及を図った。

地域移行機能強化病棟入院料届出の意向調査(届出を行っていない病院)では、50.8%が平成28年度のガイドラインを読んでいた。届出の検討にあたり詳細に知りたい内容としては、「届出を行うべきかの判断基準」が53.7%、「届出に向けた収益シミュレーション方法」が44.9%、「病院の構造改革・機能分化の事例」が42.1%であった。

地域移行機能強化病棟入院料届出病院に対する調査では、ガイドラインの項目毎に過不足および改善ポイント等を調査した。平成28年度のガイドラインを参考にしているかとの問いに、「参考にしている」が24.1%、「参考にしていない」が55.1%、「ガイドラインの存在を知らなかった」が17.2%であった。改めてガイドラインを提示し、「地域移行機能強化病棟の届出の検討」「地域移行機能強化病棟の届出準備」「地域移行機能強化病棟の届出後の運用」「地域の機関との連携 地域資源 受け皿」の各項目についての印象を聞いたところ、全項目が「必要不可欠なものは網羅されている」との回答が過半数を超えた。しかし、「文章が多すぎて見づらい、わかりづらい」などの意見もあったことから、平成30年度診療報酬改定に伴う変更を踏まえ、簡素化による改訂を行うこととした。

なお、改訂したガイドラインは巻末に掲載している。

Ⅲ. 考察

1. 地域移行機能強化病棟入院料届出に関する意向調査の結果、以下の事柄が明らかとなった。

地域移行機能強化病棟入院料の届出を行わない理由として最も多いのは、「精神病床の削減は経済的に困難」であり、地域性には関わりなく小病院で高率であった。次いで多いのは、「施設基準の要件を満たせない」であり、小病院、過疎地域で高率となった。これらから見てくるのは、過疎地域での人材確保の困難さや小規模病院での職員数不足の問題である。その根源には、一定以上の規模を確保することが、収益を確保することに直結している精神科医療における医療経済的構造上の問題がある。「地域移行を行うことによって、病床規模の縮小を来たせば、たちまち収益確保が困難になる」というのでは、地域移行機能強化病棟入院料届出を躊躇する病院が多くなるのもむべなるかな、である。

病床利用率の観点からみれば、病床利用率 90%以上の病院群では、「精神病床の削減は経営的に困難なため」、「地域の入院需要に対応するうえで精神病床を困難なため」の順に多かった。また病床利用率 90%未満の病院群では、「施設基準の要件を満たせない」のほか、「精神病床の削減は経営的に困難なため」、「病棟の運営戦略にマッチしないから」の順に理由とされた。病床利用率 90%以上の病院群については、地域からの医療ニーズに応えた結果、高い病床利用率となっているのであり、現在の経営環境を支えている病床数を削減してまで、あえて減収が予想される地域移行機能強化病棟入院料届出を行う必然性はないのではないかと。病床利用率 90%未満の病院群では、地域移行機能強化病棟入院料の施設要件である「病床利用率が 90%以上」を満たすために、予め病床数の削減を行っておく必要があることが阻害要因となっていることは、想像に難くない。

2. 地域移行機能強化病棟入院料届出病院に対する調査の結果、以下の事柄が明らかになった。

地域移行機能強化病棟入院料への転換前の病棟種別については、精神療養病棟入院料が最も多かった。この結果は、病床規模には関わりなく、いずれの病床規模においても最も多かった。一般的には精神療養病棟は、精神症状の比較的安定した長期入院精神障害者が多く在籍していると考えられ、“地域に最も近い病棟”との地域移行機能強化病棟の位置づけとの間に最も違和感の少ない病棟ともいえる。また、届出終了後に転換した(または予定)病床種別についても、精神療養病棟が最も多かった。施設基準の内容からも精神療養病棟入院料の診療報酬上の評価からも、予想された結果といえる。こうした背景により、精神療養病棟を地域移行機能強化病棟に転換し、終了後は再び精神療養病棟に戻すという病院が最も多いとの結果となった。

地域機能強化病棟入院料届出にあたり、予定した精神病床の削減計画については、10～20床とした病院が最も多かった。60床の病棟を地域移行機能強化病棟入院料の届出を行った場合、6カ月の運用で5床の、1年間の運用で12床の病床削減が必要となる。

地域移行機能強化病棟運用ガイドラインについては、概ね「必要不可欠なものは網羅されている」との回答が得られた。なお、単年度のシミュレーションだけでなく、3年程度の期間の収支予想が求められたり、病床削減や人員管理のシミュレーションが求められる等、中長期の病院構造改革に対する関心の高さが窺えた。

IV. 政策提言

本研究の結果、およびその分析により今後の地域移行の促進、精神科病院の構造改革に関して、以下のとおり政策提言を行う。

1. 地域移行機能強化病棟入院料の更なる届出促進について

標記入院料を届出した病院は、平成 29 年 8 月 29 日時点で 40 病院であり。また、本研究において意向調査を行った病院では、28病院(5.2%)に過ぎなかった。届出を行わない理由については、標記入院料の施設基準に関することが多数を占めた。標記入院料の届出を促進し、長期入院精神障害者の地域移行を図るためには、施設基準を再検討の上、見直しが必要である。

2. 精神科医療の医療経済的基盤を強化すること

当該入院料の届出を躊躇する理由として、上記 1 のように施設基準によるものが見られた反面、「精神病床の削減は経営的に困難なため」とした回答が少なからず見られた。当該入院料算定中は、一時的に増収が図れるが、「病床の減床分を外来収益では穴埋めできない」、「増大した専門スタッフの人件費がカバーできない」といった内容である。特に 150 床以下の小規模病院では、病床削減が直接的に経営基盤を弱体化させる危惧が強いことや、一定の病床規模を確保しておかないと、従来の病棟単位による機能分化が図れず地域の医療ニーズに応えられないこと、ひいては病院運営について将来的展望が開けないとの背景がうかがえた。病床単位での機能分化であるケースミックスや更なる外来での多職種による在宅医療に対する診療報酬上の評価の導入、精神科病院の中長期的構造改革に資する施策により、将来的に入院中心の医療から外来中心の医療に転換しても精神科病院の経営が成り立つような医療経済的な強化が必要である。

3. 長期入院精神障害者の地域移行を可能とする地域の基盤整備(障害福祉サービスの充実)をはかること

平成 30 年に同時改定される医療計画、障害福祉計画では、入院需要と並んで、地域移行に伴う基盤整備量の推計がなされている。地域の受け皿作りが正面から取り上げられたことは、特筆すべきことであるが、当然その着実な実行が求められることは言うまでもない。そのためには障害福祉サービス事業への財政的な裏付けが必要不可欠である。また、長期入院精神障害者の地域移行には、「疾病と障害は併存する」との精神障害の特性に鑑みれば、障害福祉サービスと医療の連携が最も大切であり、重層に切れ間なく、症状の軽重を問わない支援体制が必要である。障害福祉サービスを開始する際や定期的なモニタリングに関して、主治医の意見を求める仕組みの構築を図る等、精神障害者に必要な新たな障害福祉サービス体系(精神障害者向けの特有の施設や、現行の体系に付加するもの)の構築が必須である。

V. 検討委員会等実施状況

第1回検討委員会

日時 平成29年8月17日(木) 15:00~17:00

場所 公益社団法人日本精神科病院協会 日精協会館会議室

- 議題 1 厚生労働省 平成29年度 障害者総合福祉推進事業(16番事業)について
2 シンポジウム 事例発表病院の選定とプログラム・座長の検討
3 ガイドライン改訂案の検討

(地域移行機能強化病棟入院料 届出意向調査票/届出病院向け調査票について)

第2回検討委員会

日時 平成29年10月12日(木) 14:00~16:00

場所 広島国際会議場 リハーサル室3/4(会議室1)

- 議題 1 地域移行機能強化病棟入院料 届出意向調査/届出病院調査 途中経過報告
2 ガイドライン・報告書構成検討と役割分担
3 シンポジウム 打ち合わせ

シンポジウム“地域移行機能強化病棟 取得にあたって”

日時 平成29年10月13日(金) 10:00~11:50

(第6回日本精神科医学会学術大会)

場所 広島国際会議場(平和記念公園内) 第5会場(B2F コスモス①)

出席者 170名

第3回検討委員会

日時 平成29年11月17日(金) 10:00~13:00

場所 公益社団法人日本精神科病院協会 日精協会館会議室

- 議題 1 地域移行機能強化病棟入院料 届出意向調査/届出病院調査集計と分析
2 ガイドライン・報告書について

第4回検討委員会

日時 平成30年3月2日(金) 10:00~13:00

場所 公益社団法人日本精神科病院協会 日精協会館会議室

- 議 題 1 ガイドライン確認
2 報告書確認
3 スケジュール確認

VI. 検討委員会委員名簿

検討委員会委員 ※○は委員長

- 森 隆夫(公益社団法人日本精神科病院協会 副会長／あいせい紀年病院 理事長)
○櫻木章司(公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事／桜木病院 理事長)
野木 渡(公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事／浜寺病院 理事長)
江原良貴(公益社団法人日本精神科病院協会 地域移行・障害福祉サービス
専門対応チーム委員長／積善病院 理事長・院長)
田邊英一(公益社団法人日本精神科病院協会 看護・コメディカル委員会委員長／
慈雲堂病院 理事長・院長)
藤田 潔(公益社団法人日本精神科病院協会 政策委員会委員／
桶狭間病院藤田こころケアセンター 理事長・院長)

VII. 成果物公開計画

公益社団法人日本精神科病院協会のホームページ(<http://www.nisseikyo.or.jp/>)を通して広く公開する。また、成果物は製本し、会員病院に配布する。

精神科病院の構造改革と病院運営に関わる中長期経営戦略策定に向けた地域移行機能強化病棟運用ガイドライン〈改訂版〉

— 目次 —

1. はじめに
2. 地域移行機能強化病棟の届出の検討
 - (1) 病院所在地の地域特性と自院の持つべき医療機能について
 - (2) 自院の現状と地域移行機能強化病棟の施設基準について
 - (3) 医療圏内の社会資源と連携について
3. 地域移行機能強化病棟の届出準備
 - (1) プロジェクトチームの編成
 - (2) 地域移行機能強化病棟に移行する病棟の検討
 - (3) 退院候補者リストの作成
 - (4) 退院先確保・退院調整
 - (5) 職員への施設基準の周知
 - (6) 不足している人員の確保、人員異動の調整
 - (7) 収益シミュレーション
 - (8) ハード面での環境整備とコストシミュレーション
 - (9) 退院支援委員会の設置と退院支援計画書の作成
 - (10) 患者および患者家族への説明
4. 地域移行機能強化病棟の届出後の運用
 - (1) 退院調整のためのベッドコントロールとデータ管理
 - (2) 退院支援に関する事項について
 - (3) 退院後の地域生活支援について
5. 地域の機関との連携 地域資源 受け皿整備
 - (1) 基本的考え方
 - (2) 協力の依頼
 - (3) 協力の内容と実際の進め方
 - (4) 新たな地域資源開発の必要性
6. おわりに
7. 参考資料
 - ① 医科診療報酬点数表 施設基準 地域移行機能強化病棟入院料抜粋
 - ② 退院支援計画書 様式6の3

- ③退院支援委員会の準備と流れ
- ④平成28年度 厚労省保険局医療課発出 事務連絡 疑義解釈資料 その1～5
地域移行機能強化病棟入院料関連抜粋
- ⑤平成28年度 診療報酬改定等に係る質疑応答について その1・その2 まとめ
- ⑥地域相談支援の創設の背景
- ⑦市区町村で実施している相談支援等
- ⑧指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者
- ⑨地域包括ケア「見える化システム」
- ⑩地域包括ケアシステムの構築(イメージ)

1. はじめに

平成28年度の診療報酬改定により、地域移行機能強化病棟が新設された。地域移行機能強化病棟とは当該保険医療機関に1年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟である。

当該病棟新設の背景には、新規入院患者の退院率が年々向上する一方、入院期間が1年以上の入院患者は20万人を超え、高齢長期入院者への対応が課題となっていることに加え、「精神保健福祉施策の改革ビジョン」(平成16年9月)に示された「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念と障害者基本法の「全て障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと」(第3条第2号)という理念の実現がある。

本ガイドラインは、地域移行機能強化病棟入院料の導入にあたり必要な指針を示したものである。なお、本事業終了後にも疑義解釈等の通知が発出されるため、変更点等に留意してほしい。

2. 地域移行機能強化病棟の届出の検討

地域移行機能強化病棟導入にあたり、当該入院料算定の適否について自院の適正病床数を念頭に以下について検討する必要がある。

(1) 病院所在地の地域特性と自院の持つべき医療機能について

精神病床の機能分化は、診療報酬上の特定入院料により病棟毎に進展してきたが、今後は専門病院化やケースミックス方式による多機能型病棟といった、より多様化されたあり方も想定される。都市部においてはそれぞれの機能を特化した専門病院が連携し合い、水平的な機能分化も可能だが、比較的小規模な病院の立地が多い5万人以下の小都市や町村部では、従来 of 病棟ごとの機能分化も病院連携による水平的分化も容易ではない。また、将来的な人口推移による就労人口と新入院患者の見込み、疾病構造の特徴など地域の特性を把握して、どのような機能を担っていくのかを前提に自院の必要病床数を明確にすることが肝要である。

(2) 自院の現状と地域移行機能強化病棟の施設基準について

ア. 病床利用率

当該特定入院料の算定にあたっては、届出前月並びに届出前1年間の平均利用率のいずれかが、届出時の許可病床数の90%を超えている必要がある。いずれかが90%未満の場合には、事前に許可病床数を減少させてこれを満たすこととなる。算定後の要件として、精神病床の減少を求められていることと合わせて、かなりの病床減が想定される。そのため将来的な自院の適正病床数についての検討が必要である。

イ. 退院に係る直近の実績と今後の予測

当該病棟からの1年以上の長期入院患者の自宅等への退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であることが施設基準とされている。なお、施設基準については届け出前1年間は実績を有していなければならない。

ウ. 特記すべき人員配置

当該病棟には専従の常勤精神保健福祉士が2名以上(入院患者の数が40を超える場合は3名以上)必要とされる。精神保健福祉士の配置は精神療養病棟などの施設基準となっているため、精神保健福祉士の確保が求められる。当該病棟の届出にあたり精神保健福祉士を新規採用する場合には、算定の終了後の処遇についての検討も必要である。

(3) 医療圏内の社会資源と連携について

1年以上の長期入院患者の円滑な移行のためには、居住の場や地域生活を支援するための社会資源が必要となってくる。自宅等への移行としてカウントされるのは、患家(患者の自宅)の他、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設である。近隣の社会資源について正確に把握して日常より連携に努めていく必要がある。

65歳以上の患者については、介護保険制度と障害福祉制度の適用関係(介護保険サービス優先の原則)に十分注意する必要がある。65歳以上の長期入院患者の移行先として、精神障害者施設を活用しようとする場合は、利用先の市町村における両制度の適用状況を確認する必要がある。

3. 地域移行機能強化病棟の届出準備

前項による検討の結果、地域移行機能強化病棟入院料の算定を目指すこととなれば、申請に向けた届出準備を始めることとなる。本項では、その作業工程について解説することとする。なお平成31年度までに新規届出が必要である。

(1) プロジェクトチームの編成

まず地域移行機能強化病棟の届出に向け、表1の項目を検討するための作業チームを立ち上げる。

表1

-
- | |
|----------------------------|
| ①対象となる病棟の設定等を含むハード面に関する事項 |
| ②当該病棟スタッフ等に関する人員配置に関する事項 |
| ③退院先や退院調整に関する事項 |
| ④対象者やその家族さらには病院職員に対する説明・周知 |
| ⑤収益やコストに関するシミュレーション |
-

チームの編成にあたっては、診療部門、地域連携部門のみならず、総務事務部門を含む病院全

体からのメンバー選抜を行う必要がある。

(2) 地域移行機能強化病棟に移行する病棟の検討

どの病棟に当該病棟に設定するかについては、アウトカム評価としての退院患者数や病床減をどう見込むか(当該病棟の病床数をどう設定するか)、当該特定入院料を算定した際の収支差のシミュレーションがどうなるか、といった視点が重要となる。

(3) 退院候補者リストの作成

当該特定入院料の算定要件として、「1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上である」ことが求められているため、安定的な退院患者の確保が必要である。できれば届出を行う段階で、退院できる可能性のある「1年以上入院している患者又は入院が1年以上に及ぶ可能性のある患者」をリストアップしておくことが望ましい。

(4) 退院先確保・退院調整

算定要件を満たすためには自宅以外の退院先も確保しておく必要がある。そのためには家族はもとより、保健所等の行政機関、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、更には地域包括支援センター、居宅介護支援事業者との定期的な協議が行える基盤を整備しておく必要がある。

(5) 職員への施設基準の周知

当該届出にあたっては、病棟間での患者の移動や施設基準を満たすためのスタッフの異動が予想される。事前に職員への施設基準の周知を行っておくことが、これらを円滑に行ううえで重要である。

(6) 不足している人員の確保、人員異動の調整

当該施設基準のうち、人員に関する要件(表2)を満たすことができるように、事前に不足している人員を確保するための計画を策定しておく必要がある。

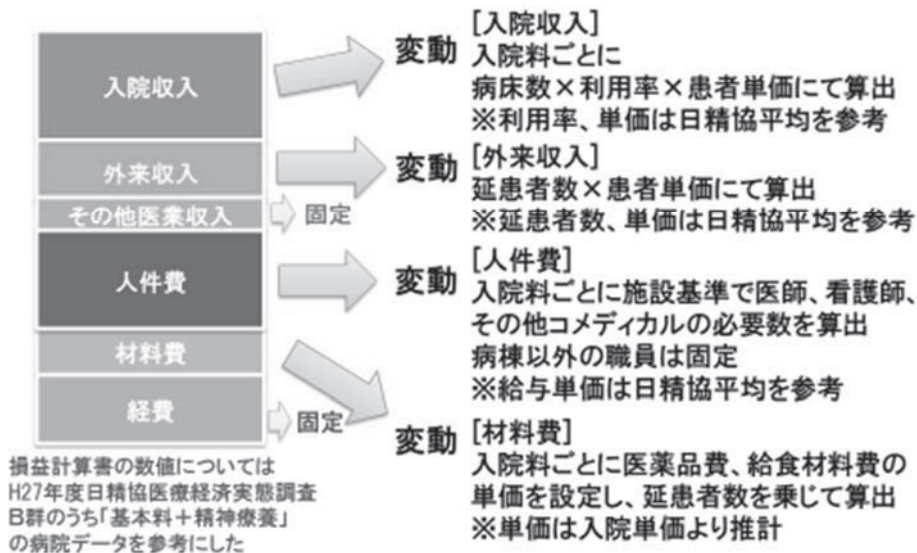
表2. 人員に関する要件

-
- ① 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師が配置されていること。当該病棟における専任医師は他の病棟に配置される医師とは兼任できない。
 - ② 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者を15対1以上で配置。うち看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上いること。
 - ③ 看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の2割以上が看護師であること。
 - ④ 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者数が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
-

(7) 収益シミュレーション

I. 収支予測モデルの仕組み

収支予測モデルの仕組み



- 収支予測モデルでは外来収入、入院収入、材料費、人件費を数量×単価で算出し、患者数や人員基準等の変化により変動する仕組みとした。
- モデルの入院・外来の患者数や稼働率、単価、職員必要数、給与単価、材料費単価等の各種数値は日精協医療経済実態調査(平成27年度版)と日精協総合調査(平成26年度版)を参考とした。
- 基本モデルは入院基本料15対1病棟、48床×2病棟、精神療養病棟60床×3病棟、総病床数276床としたが、これは日精協医療経済実態調査(平成27年度版)平成26年度平均許可病床数255床に近い病床数である。
- 退院促進で地域移行した患者の3分の1が病状悪化や休養入院のため年3カ月間を基本料病棟に再入院すると仮定した。この影響による入院日当点の変化は見込まない。
- 退院促進で地域移行した患者の3分の1が週2回外来・精神科デイケアに通院すると仮定した。この通院者が通院離脱することは見込まない。
- 病床削減により発生した余剰看護職員のうち年1名ずつが訪問看護業務に従事し、退院促進対象者及びそれ以外の患者を1日4人訪問すると仮定した。
- 病床数の変化などに比例して病棟職員の基準数は増減させ、それ以外の職員数(病棟加配分人数も含む)は「その他職員」として固定した。

- 病院職員の仮定は次の通りとした。
 - 1) 精神保健指定医は4名在籍、増員が必要なときは新規雇用。また病床削減で不要となった医師数分は非指定医で削減
 - 2) 精神保健福祉士は地域移行病棟に再配置できる職員が1名分在籍、増員が必要な分は新規雇用
 - 3) 臨床心理士は院内に既に在籍
- 給食委託費は材料費に上乗せして調整した。

II. 収支予測モデル 算定条件

1. 入院収入の算出 [算定式] 病床数 × 利用率 × 稼働日 × 患者単価

医業収益	病床数	利用率	稼働日	単価
入院収益	276 床	91.9%	365 日	14,390
入院基本料 15 対1	96 床	88.6%	365 日	14,388
精神療養病棟	180 床	93.7%	365 日	14,391
地域移行機能強化病棟	0 床	93.7%	365 日	18,761

※利用率と単価については、平成27年度日精協医療経済実態調査の票2-2、表2-6を参考に算出、地域移行機能強化病棟は精神療養病棟の入院料部分のみ置き換えて算出

2. 外来患者数の増加

地域移行した患者のすべてが、週2回、外来、デイケアに通うと想定する。

例えば、12人が地域移行する場合

$$12人 \times 2回 \times 52週 = 1,248人の患者が増加すると想定$$

$$1,248人 \times 8,745円/人 = \underline{10,913,760円} \text{ 増収}$$

3. 訪問事業等の増加

地域移行及び余剰人員の活用に伴う、訪問事業の増加は、次の通り想定する。

- 地域移行した患者のすべてが、週2回、受ける。
- 病床削減により余剰となった看護職員、1名につき1日6人の患者を訪問する。
- 看護職員が不足する場合は、新規雇用とする。

例えば、12人が地域移行する場合

$$12人 \times 2回 \times 52週 = 1,248人の訪問看護が増加すると想定$$

$$1,248人 \times 5,000円/人 = 6,240,000円 \text{ 増収}$$

4. 病床利用率の向上

- 地域移行・病床減に伴い入院患者は減少するが、地域移行した患者の3分の1が急性期系病棟に3カ月入院すると想定する。(地域移行した患者数は新規入院患者の獲得により総患者数を維持できると仮定)

例えば、12人が地域移行する場合

12人 × 1/3 × 3カ月 = 365人の延入院患者が増加すると想定

15対1病棟であれば、365人 × 14,388円/人 = 5,251,620円 増収

Ⅲ. 収支予測シミュレーション

想定した病院

- 総病床数 276床 (15対1精神科入院基本料96床、精神療養病棟入院料180床)
- 地域移行機能強化病棟の取得 60床、1年のみ
- 削減病床数 12床
- 外来 DC および訪問看護: 地域移行した患者のすべてが週2回利用し、増加すると想定
- 地域移行による病床削減で生じた余剰人員を訪問看護に活用
- 看護職員1名につき1日6人の患者を訪問すると想定
- 職員数 PSW2名および NS1名増員
- 目的 空き病床の整理による病床稼働率の向上

以上の想定で、次の①と②のパターンにおいて、「現状」、「地域移行強化病棟入院料算定中の1年間」、「病棟削減後の完成形」の3形態間の収支を予測する。

- ①病床利用率・現状維持型: 地域移行した患者数12.人分の新規入院患者の確保は行わず、利用率は現状維持とする。
- ②病床利用率・向上型: 地域移行した患者数12.人分は新規入院患者を獲得するものとし、総患者数は維持できると仮定する。

病棟構成比		A: 現状		B: 算定中		C: 完成形	
		病床数	利用率	病床数	利用率	病床数	利用率
	入院基本料 15対1	96床	88.60%	96床	88.60%	96床	88.60%
	精神療養病棟	180床	93.70%	120床	93.70%	168床	93.70%
	地域移行機能強化病棟	0床	-	60床	93.70%	0床	-
		276床		276床		264床	

削減ベッド数		前年比	現況比	前年比	現況比
		0床	0床	▲12床	▲12床

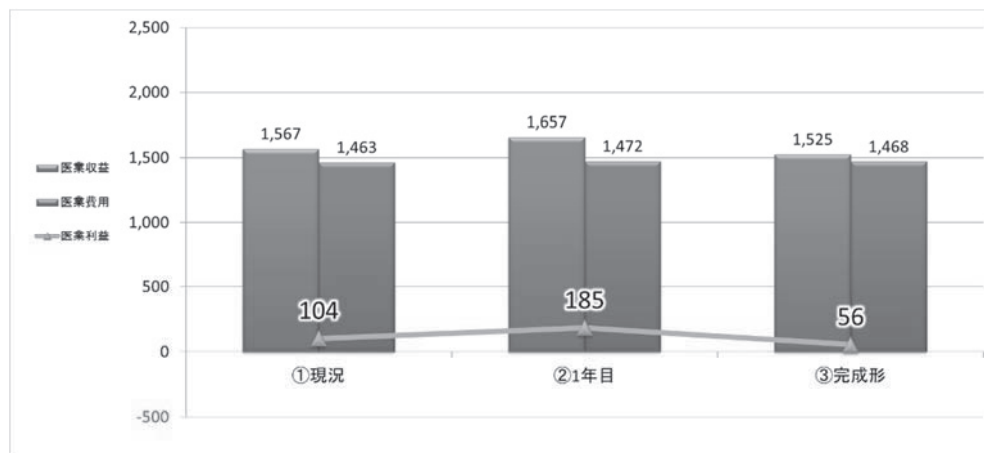
収支予測の結果

・ <①病床利用率:現状維持> (収入計画)

現況	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	
	・15対1	96床	88.6%	14,388	446,687千円	
	・精神療養	180床	93.7%	14,391	885,923千円	
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	
		276床			1,332,610千円	
		↓				
最終形	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	差額
	・15対1	96床	88.6%	14,388	446,687千円	0千円
	・精神療養	168床	93.7%	14,391	826,861千円	▲59,062千円
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	0千円
		264床			1,332,288千円	
	【外来・訪問】	患者数		単価	収益	差額
	・新規外来	1,248人		8,745	10,914千円	10,914千円
	・訪問患者	1,248人		5,000	6,240千円	6,240千円

収入減41,908千円

<①病床利用率:現状維持> (収支差)



【結果】

地域移行した患者数12人分の新規入院患者の確保は行わず、病床利用率を現状維持とすると、算定中は8,100万円の医業利益増となる。病床削減後の完成形においては、算定前と比較して約4,800万円の減収となる。退院促進した1年超入院患者に代わる代替入院患者の確保ができなければ、経営的には収支差額は減少したままの縮小均衡となる可能性が高い。

・ <②病床利用率: 向上> (収入計画)

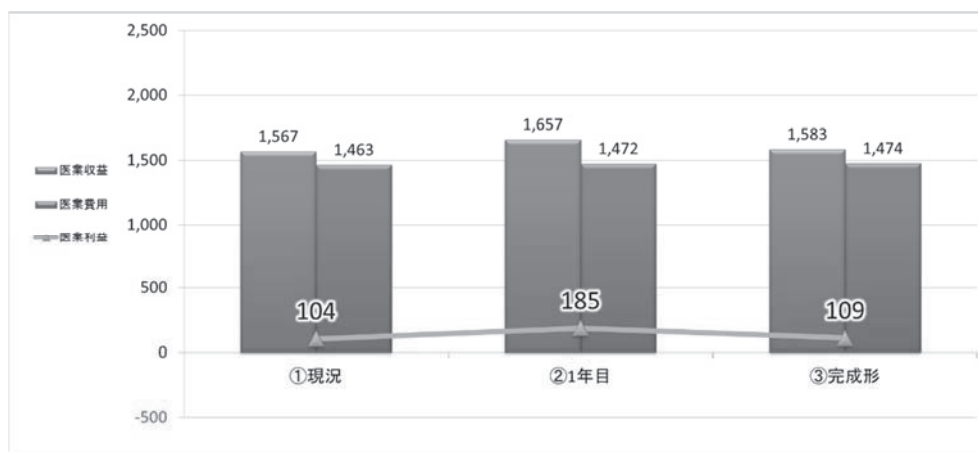
現況	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	
	・15対1	96床	88.6%	14,388	446,687千円	
	・精神療養	180床	93.7%	14,391	885,923千円	
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	
		276床			1,332,610千円	

最終形	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	差額
	・15対1	96床	89.7%	14,388	452,271千円	5,584千円
	・精神療養	168床	99.7%	14,391	879,808千円	▲6,115千円
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	0千円
		264床			1,332,079千円	

	【外来・訪問】	患者数	単価	収益	差額
	・新規外来	1,248人	8,745	10,914千円	10,914千円
	・訪問患者	1,248人	5,000	6,240千円	6,240千円

収入増16,623千円

<②病床利用率: 向上> (収入差)



【結果】

地域移行・病床減により入院患者は減少するが、地域移行した患者数の3分の1が3ヶ月入院するとので想定により、急性期病棟(仮に15対1病棟とする)の利用率を向上させることによって、算定中の1年間には前者と同様に8,100万円の医業利益増となる。病床削減後の完成形において、収支差は

約500万円の増収となる。また、退院促進患者の再入院や外来・DC・訪問看護だけでは代替収入策としては圧倒的に不足であり、現行の診療報酬では、急性期治療病床の取得、可能であれば医師配置加算の取得も含めた「併せ技」が最も実効性が高いと考えられる。

IV. まとめ

上記は一例である。地域移行機能強化病床の導入や算定の年数(削減病床数)を検討するにあたり、当入院料算定期間中と算定終了後(病床削減後)について、現状と比較し医業収支がどのように変化するのか慎重に試算する必要がある。

収支予測については主に次の要素を考慮し、自院の状況や方針に基づいて行うべきであろう。

- 入院収入－減床計画による病床数の推移
- 病床構成と算定入院料
- 予想される病床利用率、(退院患者の再入院も考慮に入れる)
- 外来収入－地域移行に伴う外来やデイケアの増加
- 在宅医療の増加
- 人件費－病床数・施設基準による職種別の必要数の変動
- 材料費－医薬品費、給食材料費等の入院患者数による増減

(8) 退院支援部署の設置

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうち1名)を配置しなければならない。

(9) 退院支援委員会の設置と退院支援計画書の作成

当該病棟では、主治医を含む多職種が共同して、ア)保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業所の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起、イ)家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムを実施し、ウ)退院後の医療の確保に関すること、エ)居住先に関すること、オ)退院後の生活に関することについて、当該病棟の入院患者全員に向けた支援を推進する必要がある。

個々の患者に応じた具体的支援の内容については、退院支援委員会で議論し、退院支援計画書に記載することとなっている。また退院支援委員会は、当該入院患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗について検証することとなっている。

(10) 患者および患者家族への説明

当該病棟の目的である長期入院者の地域移行を実現するためには、長期入院者本人の退院意欲の喚起やその家族等の理解が必要である。当該病棟の運営に際しては、日常より当該病棟の目標とするところを説明し周知を図ることが重要である。

4. 地域移行機能強化病棟の届出後の運用

地域移行機能強化病棟の届出を行い、実際に地域機能強化病棟入院料を算定することとなった場合には、施設基準の達成が最重要である。本項では、その際の留意点について解説する。

(1) 退院調整のためのベッドコントロールとデータ管理

当該特定入院料の算定要件として、「1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上である」とされている。したがって、当該病棟の入院患者の多数が、1年以上の長期入院者ないしは長期入院となる可能性のある患者であることが望ましい。(これ以外の患者については、15:1精神科入院基本料での算定となる。)また、月平均届出病床数の1.5%以上の退院実績を達成するためには、「重度かつ慢性期」の基準に合致する患者や退院に支障となる身体合併症をもつ患者については、他のしかるべき病棟での処遇が求められる。こうした観点に立った当該病棟への転棟等のベッドコントロールが必要となる。

(2) 退院支援に関する事項について

当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者として、以下のア～エまでの業務を行う退院支援相談員を選任しなければならない。

ア. 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談業務

- (イ) 月1回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。
- (ロ) (イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。
- (ハ) (イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。
- (ニ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ. 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会(以

下「退院支援委員会」という)を、当該患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証し、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載する必要がある。退院支援委員会の出席者を以下に示す(表3)

表3 退院支援委員会の出席者

ア	当該患者の主治医
イ	看護職員(当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい)
ウ	当該患者について指定された退院支援相談員
エ	ア～ウまで以外の病院管理者が出席を求める当該病院職員
オ	当該患者
カ	当該患者の家族等
キ	指定特定相談支援事業者、指定一般相談事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者
<p>なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。またキについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。</p>	

ウ. 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

- 病棟カンファレンスを通じて、対象者のニーズを汲み取ること。
- 院外の行政機関やサービス提供事業者の出席も求めて、退院支援委員会やサービス担当者会議の活用も考慮する。

エ. 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を別紙様式6の3又はこれに準ずる様式を用いて作成し、その内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に1回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

施設基準や留意事項等の解釈・運用上のポイントや注意点 I・II・III

I. 地域移行機能強化病棟における「退院支援相談員の業務」、「退院支援委員会の出席者」についての留意事項を記載したが、現行の制度下では、これらに類似するものとして、精神保健福

祉法による、医療保護入院者の「退院後生活環境相談員」、「医療保護入院者退院支援委員会」及び、精神療養病棟における入院患者の「退院支援相談員」、「退院支援委員会」がある。地域移行機能強化病棟の運用にあたっては、まず、3者（地域移行機能強化病棟、精神保健福祉法、精神療養病棟）の要件の相違点について理解し当該病棟を算定・運用するにあたり、参考資料④⑤に記載する疑義解釈等も確認の上、それぞれに規定された支援や業務を実施する必要がある。

Ⅱ. 「医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第15条の6に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。」については、医療保護入院者退院支援委員会を開催した月のみに該当するみなし規定である。

Ⅲ. 前述の通り、当該病棟の運用においては、参考資料②様式6の3（又はこれに準ずる様式）による退院支援計画書の作成が必要である。現行の退院支援委員会（医療保護入院者、精神療養病棟入院者）での記録様式と求められる記載内容の相違に留意しなければならない。それぞれの委員会は月1回以上の委員会開催が必要であり、地域移行機能強化病棟の退院支援委員会と他の2つの委員会とのスケジュール調整を円滑に進めなければならない。

（3）退院後の地域生活支援について

退院後の地域生活支援については、①医療サービス（外来診察、訪問診療、往診、訪問看護・指導、精神科デイ（ナイト）ケア、外来作業療法等）、②障害福祉サービス（地域定着支援、訪問介護、生活介護、短期入所、就労系サービス、地域活動支援センターの利用等）、③介護保険サービス（通所系サービス、訪問介護等）の利用が可能である。地域生活を維持するにあたっては、日中活動の支援も重要な役割を担うこととなる。

また、上記のようなフォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルなサービス（ボランティアやピアサポートの活用、民生委員や地域住民の協力、食事の宅配制度の活用等）による支援も地域生活の維持において重要な役割を果たすことから、これも活用しながら支援を組み立てて行くことも重要である。

特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設へ退院した場合は、施設側からの相談依頼に応える体制づくりや退院患者（入所中の患者）の病状が悪化した際の迅速なサポート体制づくりを進めておく必要がある。そのためにも日頃から互いの連携と関係づくりに努めることが重要である。

5. 地域の機関との連携、地域資源、受け皿整備

（1）基本的考え方

はじめに、地域の機関との連携について基本的な考え方を共有しておきたい。

当該病棟入院患者の地域生活への移行支援をすすめるにあたっては、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有することが求められている。地域生活への移行を精神科病院だけで実施することも可能であるが、このような連携は、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供及び障害者福祉の充実といった精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にむけても極めて重要なことであるため積極的に求めたい。

(2) 協力の依頼

地域移行機能強化病棟を開始するにあたり、保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者に対して、入院患者の地域生活への移行支援及び退院後に地域で安定的に日常生活を送るための支援を連携して取り組みたい旨を伝えて協力を依頼する。

市区町村にすでに基幹相談支援センターが設置されている場合は、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者への支援機関となることから、連携先として想定すべき機関となる。

(3) 協力の内容と実際の進め方

地域の特性を踏まえた支援体制を構築するために、保健所等に協力を依頼する際、あらかじめ表4の内容について提示しておくことにより円滑な協議を行うことができる。

■実際の進め方

- 1) 病院は、協力を依頼した保健所等と今後の進め方について検討する。
- 2) 市区町村の障害福祉担当部署及び基幹相談支援センターは、今後の必要な地域資源の開発も踏まえて、(自立支援)協議会にその取り組みについて報告をするとともに、介護保険担当部署に協力を依頼する。
- 3) 保健所、市区町村の障害福祉担当部署、基幹相談支援センター等は、担当者からなるチームをつくり、病院に出向いて職員と意見交換を行う。保健所等にこのようなチームを編成してもらおうと連携がしやすくなる。
- 4) 病院は、3)及び院内での協議を踏まえて表4について、保健所等に協力してもらおうこと、連携して取り組む内容について協議し依頼する。入院患者本人の意思を中心に行う支援であり、臨機応変、実効性のある連携体制の構築が望まれる。
- 5) 表4について保健所等との連携において期待できる成果は以下のとおりである。もちろん、下記の内容について、すべて達成できるということではないが、連携して取り組むことで、地域の支援力の向上が期待できる。

①	基本情報(病棟)	病棟の規模、目標としている退院者数
	基本情報(患者)	年齢層、従前の住所
	期待される成果	保健所等は入院患者について把握することにより、他の市区町村、高齢・介護保険の担当部署、障害福祉サービス事業所等への協力要請がより円滑になり、病院と関係機関との連携が容易になる。
②	地域相談支援の利用の必要性	
	期待される成果	病院と指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との重層的な支援を構築できる。
③	退院支援委員会の開催(出席者、頻度、目的など)	
	期待される成果	退院後に地域で安定した日常生活を送るための支援体制づくりの早期着手に繋がる。
④	定期的な交流を通じた退院意欲の喚起の必要性について	
	期待される成果	地域社会への復帰に障壁となるものを緩和できる。
⑤	ピアサポートの必要性について	
	期待される成果	長期入院者が自分らしく生活するためには人との関係性、特に仲間とのかかわりが重要であり、リハビリを促進するうえでのピアサポートの有効性が示されている。保健所等の連携によるピアサポートの養成や派遣の仕組みづくり、及び実際の活用が期待できる。
⑥	地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性について	
	期待される成果	長期入院者は、退院後の生活の見通しを立てることが難しいことから、退院をあきらめてしまうことがある。医療機関のプログラム等と連動することで、より効果的な退院意欲の喚起が期待できる。
⑦	居住先の確保の必要性について	
	期待される成果物	市区町村障害福祉担当部署、高齢・介護保険担当部署、他の市区町村、基幹相談支援センターの協力により、広範にわたる居住先の確保を期待できる。
⑧	障害福祉サービスや介護保険サービスの利用の必要性について	
	期待される成果物	市区町村内の障害福祉担当部署と高齢・介護保険担当部署との連携が進み、入院患者のニーズにあったサービスの利用が期待できる。

⑨	後見人、保佐人又は補助人の確保について	
	期待される成果物	地域の状況を把握することで、後見人、保佐人又は補助人の依頼がしやすくなる。
⑩	新たな地域保健医療福祉資源の必要性について	
	期待される成果物	医療機関と保健所等の連携により、様々な課題を共有できるようになり、(自立支援)協議会等で検討する機会が増える。課題解決のための地域資源の利用と活性化が期待できる。

6) 病院は、地域生活への移行支援を自らの責任として従前から絶え間ない努力を行ってきた。しかし、近い将来を見据えて、保健所等との連携を基盤に地域生活への移行支援をすすめることは、入院患者本人のニーズに即した支援として有効であることは言うまでもなく、地域の機関等と哲学、理念、人材の交流を行うことになり、良質かつ適切な精神障害者への医療の提供及び障害者福祉の充実を目指す地域包括ケアシステムの構築のうえでも極めて重要な取り組みとなる。

(4) 新たな地域保健医療福祉資源の必要性

ここからは、新たな地域資源開発の必要性について解説したい。地域移行機能強化病棟入院料の通知には下記の内容が盛り込まれている。

(8) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。

当該病棟における、自宅等への移行とは、①患者宅(含む有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅)②精神障害者が利用できる施設(障害者総合支援法の規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム)、③介護老人保健施設、④介護医療院としている。

このことを踏まえて上記のような地域資源を考えると、すでに医療機関は自ら積極的に開発に取り組んできた。さらにこのような大掛かりな地域保健医療福祉資源開発に取り組むべきかについては経営的な判断が必要となる。そのほか、既存のサービスの活用を考えると、平成28年に改正された障害者総合支援法にある新サービス「自立生活援助」は、定期的な巡回訪問や随時対応をするもので、地域移行後の一人暮らしを支える支援として期待できる。また、短期入所、自立生活援助も含めて地域生活支援を重層的に行う「地域生活支援拠点」は精神障害者の地域生活支援のこれからの大きな柱となるが、この地域生活支援拠点には、本協会が求めてきた「地域支援・訓練センター」の機能も加えたうえで整備促進することが望ましい。加えて、宿泊型自立訓練の充実、看護

師等を配置する重度のグループホームを拡充する必要がある。

病院は、このような地域資源の開発について、自院の課題としてとらえるより、むしろ地域社会の課題として取り組むことが重要である。それにより、自治体、関係機関、住民がそれぞれの責任をもつことを促すことができる。そのうえで、病院は、地域包括ケアシステムの構築を踏まえて、今後も地域全体を捉えたうえで、なおかつ住民のニーズにもこたえることを期待されているのである。

6. おわりに

長らく我が国の精神科医療は、国や社会からの要請を受け入院中心の治療構造となっていた。その結果、地域移行の取り組みは低調なものとなっていた。また、同時に精神科医療費は他科に比べて低い水準に甘んじてきた。非定型抗精神病薬の登場や心理社会的療法の進展といった精神科治療学の進歩により、新規入院患者の早期退院率は年々向上するという恩恵に浴している。反面、長期入院患者は20万人を超える水準を改善することができず、なお且つ高齢化が進むといった入院患者の二極分化が進展している。今後、精神科病院の構造改革に取り組む時にあたり、人材や財源の効率的な再配置が必要となる。本ガイドラインの作成を契機として、精神科病院の構造改革がより進み更に地域に求められる精神科医療に資するものとなることを祈念する。

〔① 医科診療報酬点数表 施設基準 地域移行機能強化病棟入院料抜粋〕

第3節 特定入院料

A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき) 1527点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。
- 2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
 - 3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。
 - イ 重症者加算1 60点
 - ロ 重症者加算2 30点
 - 4 診療に係る費用(注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法(区分番号IO11に掲げる精神科退院指導料及び区分番号IO11-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。)に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

留意事項通知

- (1) 地域移行機能強化病棟は、当該保険医療機関に1年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟であること。
- (2) 地域移行機能強化病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

(3) 当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。このうち、アからオまでについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的な支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。

ア 保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起

イ 家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施

ウ 退院後の医療の確保に関すること

(イ) 通院医療機関の確保

(ロ) 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討(必要な場合には、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションも確保)

(ハ) 薬物療法のアドヒアランスの確認と安定に向けた介入

エ 居住先に関すること

(イ) 居住の場の検討と居住先(自宅を含む。)の確保

(ロ) 居住先等での試験外泊や訓練の実施

オ 退院後の生活に関すること

(イ) 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討

(ロ) 後見人、補佐人又は補助人の必要性の検討

(ハ) 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保(指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、市町村の精神保健相談員又は市町村の保健師等)

(ニ) 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成(作成した一覧の写しを診療録に添付するとともに、患者及び家族等患者の日常生活を支援する者に交付すること)

カ その他

(イ) 市区町村役所での諸手続や居住先で必要な日用品購入等への同行

(ロ) 適切な日中の活動場所の検討

(ハ) 活動場所への移動手段に応じた訓練

(4) 主治医は、当該病棟入院時に、患者と面談し、当該病棟で行われる訓練や治療の内容や目的等について説明すること。併せて退院時にも、精神症状や日常生活能力の評価及び改善の可能性、退院後の治療継続の必要性について、患者に説明すること。

(5) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者(以下本項において「退院支援相談員」という。)は、以下アからエまでの全ての業務を行う。

ア 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

(イ) 月1回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。

(ロ) (イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。

(ハ) (イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。

(ニ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会(以下「退院支援委員会」という。)を、当該患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。また、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載すること。

なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和25年厚生省令第31号)第15条の6に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。この際、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について(平成26年1月24日障発0124第2号)」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付する必要があること。

ウ 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

エ 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。退院支援計画の作成に当たっては、別紙様式6の3又はこれに準ずる様式を用いて作成し、作成した退院支援計画の内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に1回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

(6) 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア 当該患者の主治医

- イ 看護職員(当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい)
- ウ 当該患者について指定された退院支援相談員
- エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- オ 当該患者
- カ 当該患者の家族等
- キ 指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。

- (7) 退院を予定している患者(指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス等利用計画を作成している患者に限る。)に係る他の保険医療機関における区分番号「I008-2」精神科ショート・ケア又は区分番号「I009」精神科デイ・ケアの利用については、第2部通則5に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。
- (8) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。
- (9) 「注2」については、区分番号「A311」精神科救急入院料の(7)から(9)までの例により、「注3」については、区分番号「A312」精神療養病棟入院料の(7)及び(8)の例による。

施設基準等

【告示】

第九 特定入院料の施設基準等

二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準

- イ 主として精神疾患により長期に入院していた患者であって、退院に向けた集中的な支援を特に必要とするものを入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ハ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- ニ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助

を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

- ホ 当該病棟において、看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の六割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士であること。
- ヘ 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の二割以上が看護師であること。
- ト 当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上(入院患者数が四十を超える場合は三名以上)配置されていること。
- チ 精神疾患を有する患者の退院に係る支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- リ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
- ヌ 長期の入院患者の当該病棟からの退院が着実に進んでおり、当該保険医療機関の精神病床の数が減少していること。
- ル 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。

(2)重症者加算1の対象患者の状態

GAF尺度による判定が三十以下であること。

(3)重症者加算2の対象患者の状態

GAF尺度による判定が四十以下であること。

(4)重症者加算1の施設基準

当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。

(5)地域移行機能強化病棟入院料の注4の除外薬剤・注射薬

別表第五の一の五に掲げる薬剤及び注射薬

[施設基準取扱い通知]第21 地域移行機能強化病棟入院料

1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関に医療法施行規則第19条第1項第1号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

- (3) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の専任作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- (4) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。
- (5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (6) 当該病棟において、看護要員の病棟勤務時間を算出する際には、当該保険医療機関内及び当該保険医療機関外で、退院支援業務に従事している時間を含めることができること。従事している時間を含めることができる当該保険医療機関外での退院支援業務は、患者家族等への訪問指導、障害福祉サービス又は介護保険サービスの事業所及び市役所、区役所又は町村役場等で患者が行う諸手続への同行及び障害福祉サービス事業所担当者等、退院後の患者の日常生活の支援を行う者との調整に限られること。
- (7) 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が配置されていること。
- (8) 当該病棟に2名以上(入院患者の数が40を超える場合は3名以上)の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であつて、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。
- (9) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名)が配置されていること。退院支援部署と精神科地域移行実施加算の地域移行推進室は同一でもよい。当該専従の従事者は、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。また、退院支援部署に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。
- (10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者(以下「退院支援相談員」という)を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。
- ア 精神保健福祉士(当該病棟専従の者でも可)
- イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者
- (11) 1人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は20以下であること。また、退院支援

相談員が担当する患者の一覧を作成していること。

(12) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会(「退院支援委員会」という)を設置していること。

(13) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。

(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が0.9以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより0.9以上としても差し支えないこと。

(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ退院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)
(15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均(地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定年数)

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定月数÷12)

(18) 保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有していること。当該保険医療機関の担当者をあらかじめ指定し、その連

絡先を保健所等に文書で情報提供するとともに、保健所等の担当者の氏名及び連絡先の提供を受けていること。

(19) 平成 31 年 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

- ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 重症者加算1の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

(1) 精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っていること。

(2) 次のいずれかの要件を満たすこと

ア 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

イ 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。

(イ) 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算1において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。

(ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

ウ 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的には(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。

(イ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設(自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等)での外来診療又は救急医療機関への診療協力(外来、当直又は対診)を年6回以上行うこと。(いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。)

(ロ) 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、①から⑤までのいずれかの診察又は業務を年1回以上行うこと。

- ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
- ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
- ③ 精神医療審査会における業務
- ④ 精神科病院への立入検査での診察
- ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

3 届出に関する事項

地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添7の様式9、様式20(作業療法等の経験を有する看護職員及び専従の社会福祉士(身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために2名の専従の常勤精神保健福祉士に加えて配置する場合に限る。))については、その旨を備考欄に記載すること。)及び様式57の4を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式9の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものであること。

なお、重症者加算1について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと。

〔②退院支援計画書 様式6の3〕

別紙様式6の3

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日：平成 年 月 日
 退院支援委員会開催日：平成 年 月 日
 患者等への説明日：平成 年 月 日
 計画の変更日：平成 年 月 日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者()
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	
5	<p>退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等</p> <p>退院支援委員会の審 議等を踏まえ、退院支 援において、特に重点 的に解決を図る必要 があると考えられるも の(最大3つ)を選択し た上で、関連する精神 症状の状況等とともに、</p>	<p>【本人の受け入れ】 <input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものへの不安</p> <p>【生活基盤領域】 <input type="checkbox"/>経済環境 <input type="checkbox"/>住環境</p> <p>【健康領域】 <input type="checkbox"/>服薬管理 <input type="checkbox"/>食事管理 <input type="checkbox"/>病気の理解(病識) <input type="checkbox"/>身体疾患の管理 <input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理</p> <p>【日常生活領域】 <input type="checkbox"/>食事の準備 <input type="checkbox"/>金銭管理 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>外出</p> <p>【社会生活技能/社会参加領域】 <input type="checkbox"/>対人関係 <input type="checkbox"/>日中の過ごし方 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労 <input type="checkbox"/>その他社会的活動()</p> <p>【家族支援領域】 <input type="checkbox"/>家族への情報提供 <input type="checkbox"/>家族の負担軽減 <input type="checkbox"/>家族関係調整</p> <p>【その他】 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>----- 問題点・課題等の詳細</p>
6	<p>その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等</p> <p>5以外の問題点、課題 等について優先順位を つけて記載すること。</p>	
7	退院予定時期	

8 退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）	
退院意欲の喚起に関すること	<p>【目標】</p> <p>【実施内容とスケジュール】</p>
地域生活を 念頭に置いた プログラムや 訓練の実施に 関すること	<p style="text-align: center;">院内 プログラム</p> <p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><input type="checkbox"/>心理教育 <input type="checkbox"/>家族心理教育 <input type="checkbox"/>就労・就学支援</p> <p><input type="checkbox"/>個別認知行動療法 <input type="checkbox"/>集団認知行動療法 <input type="checkbox"/>デイケア等体験利用</p> <p><input type="checkbox"/>その他（</p> <p>【今後のスケジュール】</p>
	<p style="text-align: center;">院外 プログラム</p> <p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><input type="checkbox"/>宿泊 <input type="checkbox"/>買い物 <input type="checkbox"/>公共・金融機関利用 <input type="checkbox"/>交通機関利用</p> <p><input type="checkbox"/>住居見学 <input type="checkbox"/>通所施設見学 <input type="checkbox"/>余暇活動</p> <p><input type="checkbox"/>その他（</p> <p>【今後のスケジュール】</p>
退院後の医療の確保に 関すること	<p>【退院後の医療サービスに関する課題】</p> <p>【必要な医療サービス】</p> <p><input type="checkbox"/>外来通院先の確保 <input type="checkbox"/>身体疾患治療のための通院先の確保 <input type="checkbox"/>訪問診療 <input type="checkbox"/>訪問看護</p> <p><input type="checkbox"/>デイ・ケア等 <input type="checkbox"/>その他（</p> <p>【必要な支援と今後のスケジュール】</p>

居住先に関すること(※)	【評価】 自宅 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 同居家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他、居住先に関する課題：	【適切な居住先の種類と必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】
	【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
収入と金銭管理に関すること(※)	【評価】 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給中 生活保護 <input type="checkbox"/> 受給中 その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題：	【収入と金銭管理に関する必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】
	【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)	【栄養摂取等に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
	【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	【評価】 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 未定(年 月頃までに決定予定) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 決定(事業所名: 担当者:) 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 取得済[級] <input type="checkbox"/> 申請予定(年 頃まで) <input type="checkbox"/> 不要 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 認定済[区分] <input type="checkbox"/> 申請予定(年 頃まで) <input type="checkbox"/> 不要 要介護認定 <input type="checkbox"/> 認定済[] <input type="checkbox"/> 申請予定(年 頃まで) <input type="checkbox"/> 不要	
	【その他、障害福祉サービス等に関する課題】	【今後の支援のスケジュール】
	【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	

	成年後見制度に関すること (※)	【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
	退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)	【現時点で考えられる主たる援助者】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
	日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)	【日中の活動に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
9	その他退院支援に関する特記事項		

(※) 指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

〔③退院支援委員会の準備と流れ〕

退院支援委員会開催前の準備(例)

主催者が行うべきこと	留意点
本人の生活環境や希望を知っている	・日々の業務のなかで、本人の気持ちに寄り添い、生活歴、生活環境を把握して、今後の希望についても把握していることが望ましい。
治療方針や看護計画等チームで共有され実行されている	・治療状況と今後の主治医の治療方針を確認する。 ・院内の多職種が通常のカンファレンスを開催しており、治療方針、看護計画、その他職種の計画がチーム内で共有され役割分担されている。
会議開催を決める 出席者を決める	・今後の方針を決める時や退院支援委員会では推定される入院期間を経過しようとした時に開催を決め、出席者を決定する。 ・本人の要請に応じて、家族等、地域援助事業者、入院前に関わっていた機関、院内多職種についての出席を検討する。
本人、家族等に出席の了承を得る	・開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 ・個人情報の取り扱いについて事前に説明しておく。
院内の関係者、地域の関係者に出席を依頼する	・開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 ・その際に関わりの近況の情報交換ができることが望ましい。
日程調整をする	・出席要請した方が全員出席できるか、無理な場合は事前に意見を聞いておく。 ・出席が確実に必要な人の優先順位を決め、その人達に合わせた調整を行う。
会場を確保する	・人数に見合った、会話が漏れ聞こえないような部屋を確保する。予約等をしておく。
開催を通知する	・確実な方法で通知する。
配付物を準備する	・事前に資料があれば用意する。

退院支援委員会の当日の流れ(例)

進行役が行うこと、内容	留意点
会場の準備をする	・話し合いがしやすい距離や配置に配慮する。 ・ホワイトボード等の説明しやすい機材があると良い。
本人、家族等、関係者を迎える	・会議出席者に対する不安を和らげる。 ・座る位置などの工夫をする。特に本人、家族の傍に誰が座るか、見える位置のほうが良いか等の工夫が必要である。
開始のあいさつをする 参加者を紹介する	・退院後環境相談員が司会進行を行う。 ・出席者を紹介する。
会議の目的を確認する	・退院後生活環境相談員が同じ方向をもって会議の趣旨と、会議目標を明確にする。
全体の流れを説明する	・経過の説明、病状等の医療的な説明、本人の希望、家族等の希望等の話のあと、退院に向けてどのような取り組みを行うか検討する内容を説明する。
経過の説明、病状等の医療的な説明を行い、本人、家族等の希望を聞く	・医師や看護職員、その他職種より報告する。 ・本人や家族等の現状や希望、要望を語ってもらう。
退院に向けての取り組み案の検討	・地域援助事業者や他関係機関からの意見や情報提供を受ける。 ・本人に確認しながら意見交換を行う。 ・小さなことと思えることでも褒める、認める。 ・ストレングスの視点で検討できるとなお良い。 ・問題解決志向や条件付けでの検討ではなく、未来志向、課題解決志向で検討できるのが良い。 ・本人の理解できる言葉で、専門用語には解説を入れる。
退院に向けての取り組みの決定	・具体的にどのような取り組みを行うかを共有し役割分担する。 ・目標や期間の設定を行う。
閉会	・会議の成果と労をねぎらい、終了とする。

〔④平成 28 年度 厚労省保険局医療課発出 事務連絡 疑義解釈資料 その 1～5 地域移行機能強化病棟入院料関連抜粋〕

【精神療養病棟入院料・地域移行機能強化病棟入院料】(その2)

(問 10) 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務については、週2日以内とされているが、週2日以外の日に措置診察等に対応することが可能か。

(答) 予定外の緊急の重症患者への対応及び精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)については、外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務に含めず、必要に応じ従事することができる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 85) 地域移行機能強化病棟に転棟する前に、当該保険医療機関の他の精神病棟で一部の退院支援業務を開始してもよいか。

(答) 他の精神病棟で実施した退院支援業務についても、地域移行機能強化病棟で実施した退院支援業務とみなすことができる。この場合、退院支援計画に他の精神病棟で行った退院支援内容を記載する必要があること。なお、当該病棟への入院期間が1か月未満で、退院支援委員会の開催前に退院する患者については、退院前に、退院支援相談員が、患者及び患者の家族等に、実施した退院支援の内容と退院後の医療及び相談支援の体制等について、文書で説明する必要があること。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 86) 退院支援委員会の開催に当たり、相談支援事業者等、外部の支援者が必ず出席する必要があるのか。

(答) 当該患者の地域移行支援を担当する事業者等が決定している場合には、出席を求める必要があること。出席を求めたものの、やむを得ず当該事業者等が欠席する場合には、診療録等に退院支援委員会の議事の要点を記録する際に、欠席の理由を記載する必要があること。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 87) 入院患者数が 40 人超の地域移行機能強化病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を精神保健福祉士とみなして、15 対1の看護職員等の配置(看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士で構成されるもの)に含めることは可能か。

(答) 当該専従の社会福祉士を 15 対1の看護職員等の配置に含めることはできない。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 88) 入院患者数が 40 人超の病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を退院支援相談員に指定することができるか。

(答) 精神障害者に関する業務に従事した経験3年以上を有する場合には、退院支援相談員に指定することができる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 89) 精神科地域移行実施加算の算定に必要な退院患者数の実績に、地域移行機能強化病棟からの退院患者数を含めることができるか。

(答) できる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その1)

(問 90) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

(答) 退院時に、自宅等での生活が3か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

【地域移行機能強化病棟入院料】(その5)

(問2) 区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者」について、身体合併症の診療のために別の保険医療機関に短期間転院し、引き続き再度当該医療機関に転院した患者のうち、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができるか。

(答) このような場合であって、当該保険医療機関への再入院が、入院期間が通算される入院である場合に限り、当該保険医療機関の入院期間を合算して1年以上の患者を含めることができる。

〔⑤平成 28 年度診療報酬改定等に係る質疑応答について その 1・その2まとめ〕

日本精神科病院協会医療経済委員会 平成 28 年度診療報酬改定等に係る質疑応答

【地域移行機能強化病棟】

(問) 地域移行機能強化病棟の施設基準にある「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数」の要件は、届出時の考え方として、施設基準取扱い通知第 21 の 1(14)に、に示されているが、例えば、60 床で届出を考えていた場合、1 年以上入院患者の内、4月1人、5月0人、6月1人、7月2人が退院した場合、7月における届出の前月までの 3 か月間(4~6 月)の平均退院患者数は2/3人となり 60 床で割ると 1.1%で 1.5%の基準をみたせず、7月の届出はできず、8月における3か月間(5~7月)では平均退院患者数は3/3人で、60 床で割ると 1.6%となり 1.5%の基準を満たすため8月には届出が可能となることでよろしいか。

(答) 貴見のとおり。

(問) 留意事項通知(3)ア~オは「入院患者全員に行う必要がある」とされるが、入院患者グループとしての集団支援でよいか。

(答) 個別支援を原則とする。ただし、ピアサポーターとの交流機会の提供等、集団で実施することにより、より効果的な支援を行える場合に限り、複数の患者に同時に退院支援を行うことができる。

(問) 地域移行機能強化病棟入院料を算定の患者は、当該保険医療機関における精神科デイケアについては、入院中1回まで算定可能とし、他の保険医療機関が実施する精神科デイケアについてはは入院中 4 回まで算定可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。(当該保険医療機関における精神科デイケアの算定回数は入院中1回に限るが、実施回数に制限はない)

(問) 施設基準において「当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。」となっているが、例えば、平成28年4月時点で240床の病床許可数のある医療機関で、当該入院料を算定する病床を60床で届け出をした場合、1年当たりで病床数を228床に届出を行えば基準を達成となるが、病床の削減は毎年達成する必要があるのか。

(答) 当該入院料を届出している間、毎年、一定水準の病床の削減が行われる必要がある。

(問) 区分番号「A312」精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神薬加算を設けるとあるが、変更届出が可能な病棟は精神療養病棟入院料のみか、区分番号「A103」精神病棟入院基本料からの変更届出も可能か。

(答) 可能。

(問) 地域移行機能強化病棟の施設基準にある「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数」の要件は、算定開始以降の考え方として施設基準取扱い通知第21の1(15)に示されているが、例えば、60床で届出をおこなった場合、8月に届け出て、8月1人、9月0人が退院した場合、8月は $1/60=1.6\%$ で基準は満たすが、9月は8～9月の月平均は $1/2$ 人で 0.8% となり基準を満たせなかった場合、通則に従い10月に変更届出を行えばよろしいか。

(答) 貴見の通り。

(問) 医科診療報酬点数表、注1「当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。」となっているが、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合とは具体的にどのような患者を想定しているのか。

(答) 入院期間が1年を超える患者又は1年を超すことが見込まれる患者以外の患者をいう。当該入院料に係る算定要件に該当しない場合としては、例えば、地域移行に向けた支援を要さず、明らかに短期間で退院が見込まれる場合等が想定される。入棟時に、入院期間が1年を超すことが見込まれる患者については、退院支援の結果、1年未満で退院できた場合等であっても、地域移行機能強化病棟入院料を算定して差し支えない。

(問) 地域移行機能強化病棟に入院・転棟する時点で、当該医療機関の精神病棟における入院期間が1年を越すことが見込まれていた患者が、結果的に入院期間が1年未満の状態での退院した場合に、退院日または転棟日までの間、地域移行機能強化病棟入院料を算定することが可能か。

(答) 算定できる。

(問) 医科診療報酬点数表、注1「当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。」となっているが、退院患者数に係る基準等、地域移行強化機能病棟の施設基準を満たさなくなった翌々月から15対1入院基本料を算定するようになるかと理解してよいか。

(答) 当該病棟が施設基準を満たしているものの、個別の患者が地域移行機能強化病棟入院料の算定要件を満たさない場合は、当該患者について15対1入院基本料を算定することが可能である。

一方で、お尋ねのように、当該病棟全体が施設基準を満たさないことが明らかになった場合には、速やかに、当該病棟が満たすことができる適切な入院料に、変更の届出を行う必要がある。

(問)関係機関との連携について、「担当者を予め指定し、保健所等に 文書で情報提供」→担当者は PSW 以外も可能か。文書交付はどの範囲か(病院近隣か、退院先の住所地か)

(答)担当者は PSW 以外でも可能。保健所等とは、「保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者」をいう。

(問)当該病棟から自宅等へ退院した患者が当該医療機関に再入院した場合、あるいは他医療機関に同一疾病で再入院した場合、退院患者数としての取扱いは取り消されるか。また、取り消される場合の再入院までの期間はどの位か。

(答)平成28年3月31日付厚生労働省医療課発事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」に掲載済である。

【参考】

(問 90)地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

(答)退院時に、自宅等での生活が3か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

〔⑥地域相談支援の創設の背景〕

昭和 29(1954)年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数 130 万人のうち、要入院者は 35 万人であり、当時の病床(約 3 万床)は、その 10 分の 1 にも満たないとしていた。同時期に改正された精神衛生法は、非営利法人の設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費に関する国庫補助の規定を設けて、昭和 33(1958)年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分け、以後、精神科病院の設立ブームが起こったことは周知のとおりである。つまり、その後 30 年かけて、この要入院者 35 万人という推計を、国民の要請も相まって、国策として追い求めてきた。しかし、向精神薬や医療看護技術の進歩と共に、入院治療から地域生活支援中心へと改革するなか、病院は、これまでの少ないマンパワーで、直近の入退院患者への支援に追われるなか、労力のかかる社会的(家族、金銭、住居、仕事、支援者等)支援がない人への退院支援にも力を注いできた。

しかし、いわゆる長期入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならないという考えが浸透する中、時代とともに以下のような政策がすすめられてきた。国はこのような考えのもと地域相談支援の積極的な活用を推進している。

- ① 平成15～17年度は、「精神障害者退院促進支援モデル事業」を実施した。
- ② 平成18～19年度は、「精神障害者退院促進支援事業」を実施した。
- ③ 平成20年度からは、精神障害者の退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行う地域体制整備コーディネーターを配置することとした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を実施した。
- ④ 平成22年度からは、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し、事業名も「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」として実施した。
- ⑤ 平成24年4月からは、障害者自立支援法に「地域相談支援」を創設した。

〔⑦市区町村で実施している相談支援等〕

市区町村は、障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう以下の相談支援等を行っている。指定特定相談支援事業者は、計画相談支援を実施する事業者として市区町村が指定し、指定一般相談支援事業者は、地域相談支援を実施する事業者として都道府県・指定都市・中核市が指定する。病院が、別途事業者として、指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者としての指定を受けて相談支援事業を行うこともできる。

① 障害者相談支援事業

障害者の福祉に関する様々な問題について、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行う。また、こうした相談支援事業を効果的に実施するために、(自立支援)協議会を設置し、中立・公平な相談支援事業の実施や地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善を推進する。

この事業は、市区町村が直接行うか、市区町村から委託された指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者が行う。

② 基幹相談支援センターの設置(任意)

地域における相談支援の中核的役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談支援事業者間の連絡調整や関係機関の連携支援など、相談支援体制の強化に取り組む基幹相談支援センターも、市区町村が直接行うか、市区町村から委託された法人が行う。

③ (自立支援)協議会

障害者総合支援法第 89 条の3において、地方公共団体は障害者や障害児への支援体制の整備を図るため、関係機関等で構成される協議会の設置に努めることとされている。協議会は、地域における障害者や障害児への支援体制に関する課題についての情報を共有し、関係機関等の連携を推進し、地域の実情に応じた体制の整備について協議する。

市区町村によっては、相談支援事業者、精神科病院、障害者支援施設、保健所等をメンバーに、地域移行・地域定着支援に関する専門部会を設置し、関係機関の連携体制及び支援体制の強化を図り、円滑な地域生活への移行等に取り組んでいる。

〔⑧指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者〕

① 指定特定相談支援事業者

指定特定相談支援事業者は、計画相談支援(サービス等利用計画)の作成を行う。

退院にあたっての地域移行支援等の利用や、退院後の障害福祉サービスの利用等について、市町村の支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス担当者会議を開催するなど、サービス事業者との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画を作成する。

サービス等利用計画は、指定特定相談支援事業者が作成する総合的なプランで、地域で生活するための課題解決や必要なサービスの利用を支援するためのものである。本人の状況や退院後の生活全体に関わる視点を持ってアセスメントし、最も適切なサービスの利用について検討して作成する。

② 指定一般相談支援事業者

指定一般相談支援事業者は、地域相談(地域移行支援・地域定着支援)を行う。

地域移行支援は、精神科病院等から退院・退所する際に支援が必要な方を対象として、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る)の体験的な利用支援、民間アパート等への体験的な宿泊支援その他必要な支援を行う。支援の実施の際には、地域移行支援計画を作成する。精神科病院に入院している精神障害者が利用する場合、原則として、直近の入院期間が1年以上の方が対象となるが、直近の入院期間が1年未満であっても、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする方や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる方も対象となる。

地域定着支援は、地域で、単身等で生活する障害のある方に対し、休日や夜間等でも常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な事態が生じた際に、緊急訪問や相談などの必要な支援を行う。このサービスでは、精神科病院や入所施設から退院または退所した方や地域生活が不安定な方などに、常時の連絡体制の確保や緊急時支援を行うことで、障害のある方の地域生活の継続を支援するものである。

〔⑨地域包括ケア「見える化システム」〕

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するために厚労省が提供している情報システムである。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されている。

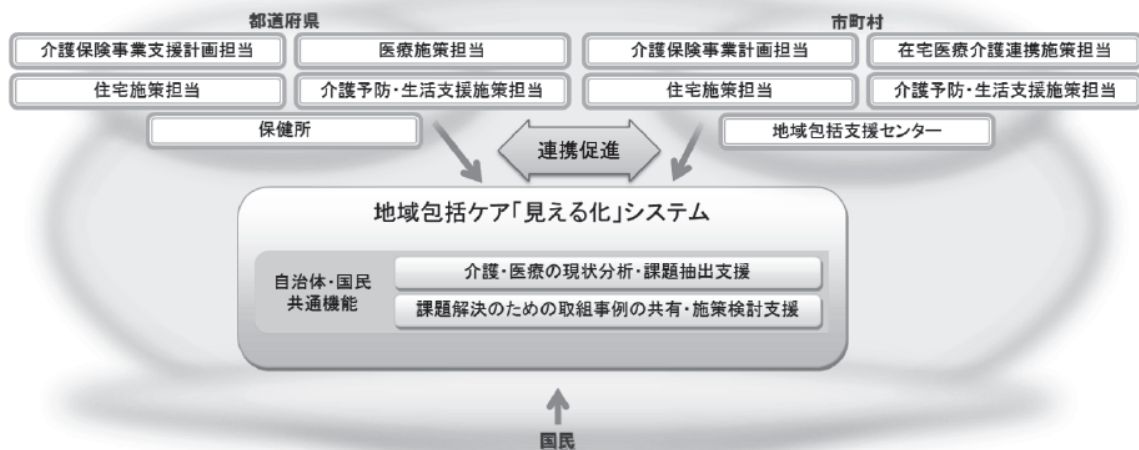
アドレス ⇒ <https://mieruka.mhlw.go.jp/#見える化>

地域包括ケア「見える化」システムとは

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されます。本システム利用の主な目的は、以下のとおりです。

- 地域間比較等による現状分析から、自治体の課題抽出をより容易に実施可能とする
- 同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参照することで、各自治体が自らに適した施策を検討しやすくする
- 都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を閲覧可能となることで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携が容易になる

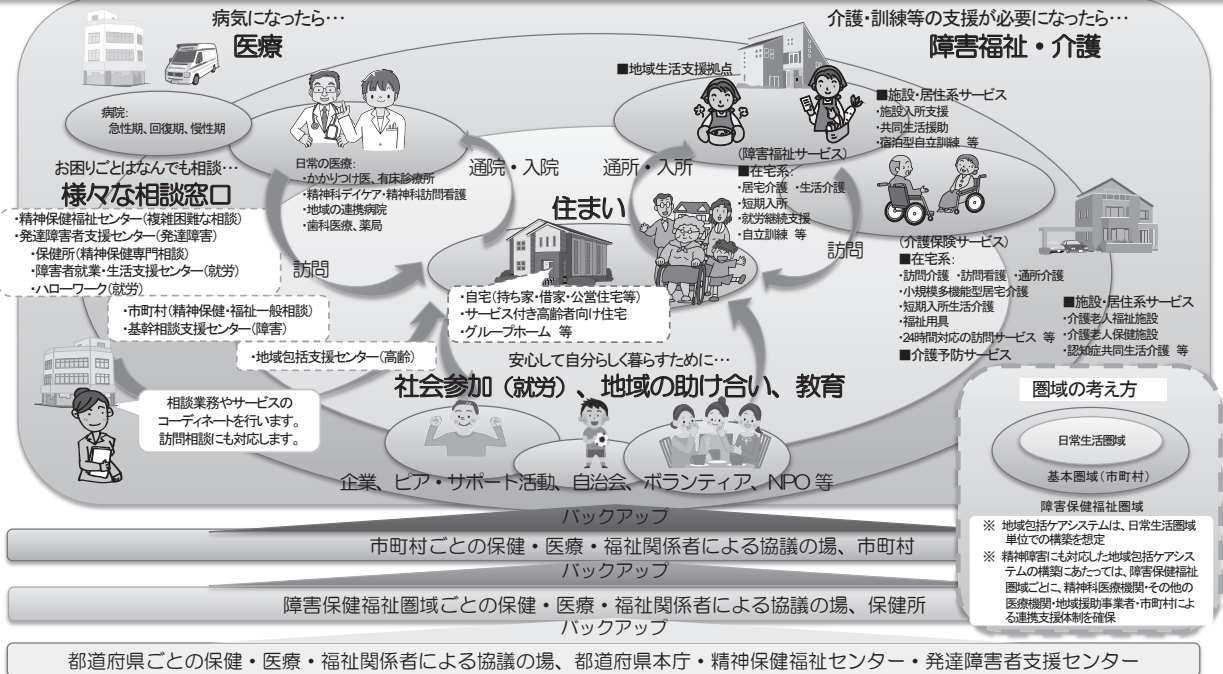
また、本システムは、平成27年7月の本格稼働以降、一部の機能を除いて誰でも利用できるようになりました。このことから、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなることが期待されます。



〔⑩地域包括ケアシステムの構築(イメージ)〕

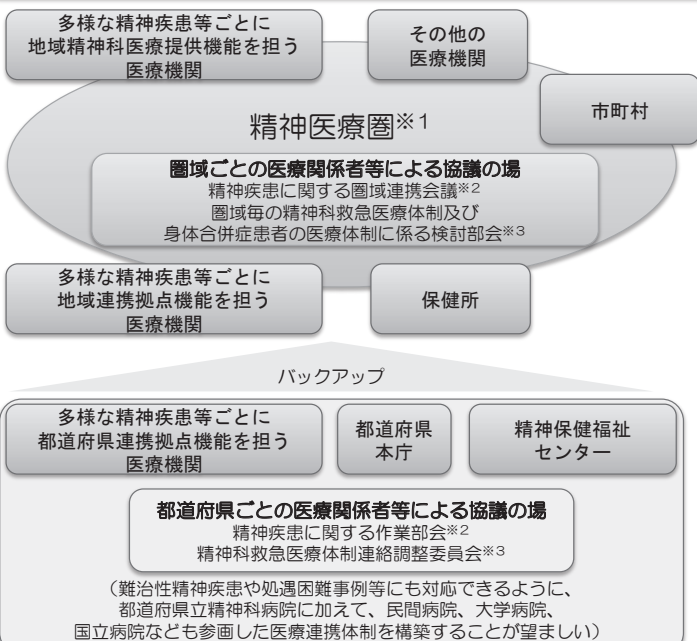
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 (イメージ)

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制 (イメージ)

- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、「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の指針」を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、役割分担・連携を推進する。



精神医療圏における関係機関の役割

【圏域ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、圏域内の病院・病院間連携および病院・診療所間連携の深化を図る)
(地域精神科医療提供機能を担う医療機関の主な役割)
地域精神科医療の提供
(地域連携拠点機能を担う医療機関の主な役割)
①医療連携の地域拠点、②情報収集発信の地域拠点
③人材育成の地域拠点、④地域精神科医療提供機能支援
(市町村の主な役割)
精神保健福祉相談、在宅医療介護連携推進の総合調整
(保健所の主な役割)
圏域内の医療計画の企画立案実行管理
圏域内の医療関係者間の総合調整

三次医療圏における関係機関の役割

【都道府県ごとの医療関係者等による協議の場の役割】
都道府県内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場(特に、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能の明確化を図る)
(都道府県連携拠点機能を担う医療機関の主な役割)
①医療連携の都道府県拠点、
②情報収集発信の都道府県拠点、
③人材育成の都道府県拠点、④地域連携拠点機能支援
(精神保健福祉センターの主な役割)
保健所、市町村への専門的支援(個別相談、人材育成等)
(都道府県本庁の主な役割)
都道府県全体の医療計画の企画立案実行管理
都道府県全体の医療関係者間の総合調整

※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。
※2 医療計画作成指針に基づく協議の場
※3 精神科救急医療体制整備事業実施要綱に基づく協議の場

平成 29 年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業
長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進のための
具体的方策のあり方に関する研究 報告書

公益社団法人 日本精神科病院協会
平成 30 年 3 月発行