

# 精神科臨床サービス

## 第9巻3号

2009年7月

### 特集 地域で元気に生活できるための退院支援

- 特集にあたって ..... 安西信雄…316

#### 第1章 総論：なぜ困難なのか、地域生活

- 統合失調症をもつ人にとって、なぜ地域生活が困難なのか：生活障害の視点 ..... 曙田源四郎…318  
 長期在院者の退院支援と地域生活における困難について  
 　：制度・システムの視点から ..... 安西里実、水野雅文…323  
 地域で生活するとはどういうことか：そのために必要なスキル ..... 蟻塚亮二…329  
 長期在院者の現状と地域移行への条件 ..... 山角 翼…334  
 長期在院患者はどのような人たちか、集中的リハビリテーションは退院促進に  
 　：どう役立つか：退院促進研究班の経験から明らかになったこと ..... 安西信雄…340

#### 第2章 地域生活：どうシステムを作るか

- 退院支援とケアマネジメント ..... 杉田義夫…346  
 病院からの訪問サービス ..... 原田雅典…351  
 地域の訪問サービス：どうシステムを作るか ..... 松田ひろし…356  
 医療機関による居住サービスと地域生活支援 ..... 宮部真弥子…361  
 地域の居住サービス ..... 中野るみ子、田中文人…367  
 病棟から地域サービスへの転換 ..... 長野敏宏…372  
 長期入院患者の退院システム作り：力動的チーム医療  
 　：（精神力動論、社会学的研究、精神発達論、システム論）の展開 ..... 堀川公平…378  
 長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス ..... 澤 温…385  
 長期入院をさせないための24時間在宅ケアサービスをつくる  
 　：「地域で苦労しながら生活すること」の大切さ ..... 高木俊介…390  
 退院支援の強化に向けたスタッフ教育：発想の転換に役立つ知識・考え方 ..... 三浦勇太…394  
 日中活動を提供する場としての役割 ..... 吉田久美子…399  
 地域生活を「支える」資源・リソースへのリンクエージを促進する  
 　：デイケアのあり方 ..... 辻 貴司…405

## 病棟から地域サービスへの転換

長野 敏 宏

**抄 錄** 愛媛県南宇和郡愛南町という小さな田舎町にある精神科病院で、病棟から地域サービスへの転換を図ってきた。平成8年、149床の精神科病床と2名が住むグループホームから取り組みをスタートし、現在は70床と訪問・デイケアなどの地域医療サービスや地域活動支援センターなどの福祉サービスまで緩やかに転換、展開してきている。

病棟から地域サービスへの転換には大きくとらえてa) 入院患者の受け皿と再入院の抑制、新たな長期入院を生み出さないための地域医療と生活支援の充実、b) 移行期の経営的課題の解決（特に職員の再配置）、c) 転換後の経営的課題の解決が不可欠である。

実践から、それぞれの課題は時間をかけて戦略的に取り組めば解決可能であると考えているが、地域サービスの報酬の見直し、移行期の支援策はやはり必要であろう。「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性が実際のものとなるには、さらなるノウハウの蓄積と効果的な施策が急がれる。

精神科臨床サービス 9 : 372-377, 2009

**キーワード：**地域移行、再教育再配置、精神科臨床サービスの転換、地域一体型病院、病床削減

### はじめに

愛媛県南宇和郡愛南町という小さな田舎町にある精神科病院で、病棟から地域サービスへの転換を図ってきた。平成8年、149床の精神科病床と2名が住むグループホームから取り組みをスタートし、現在は70床と訪問・デイケアなどの地域医療サービスや地域活動支援センターなどの福祉サービスまで緩やかに転換、展開してきている。

道半ばではあるが、ここまで実践を「病棟から地域サービスへの転換」というテーマを中心に紹介しつつ、若干の考察を加えたい。

### I. 地域の状況

愛南町は愛媛の南端に位置し、鉄道、高速道路も整備されていない小さな田舎町である。人口は取り組みを始めた当初（H8年）が約3.1万人、現在は2.6万人で過疎化に歯止めがかからない。高齢化率も上昇の一途をたどり、現在は約31%となった。

生活、医療はほぼ地域内で完結しているため、唯一の精神科医療機関である当院は、地域の精神医療保健福祉に関して基本的に大部分の、かつ最終責任を負うという基本的な考え方で取り組みをすすめている。

ごく一般的な過疎高齢化地域であるが、他との違いがあるとするならば、昭和49年から長期入院者のリハビリに取り組んだ社会復帰施設平山寮の理念を基に積み重ねられてきた地域住民による

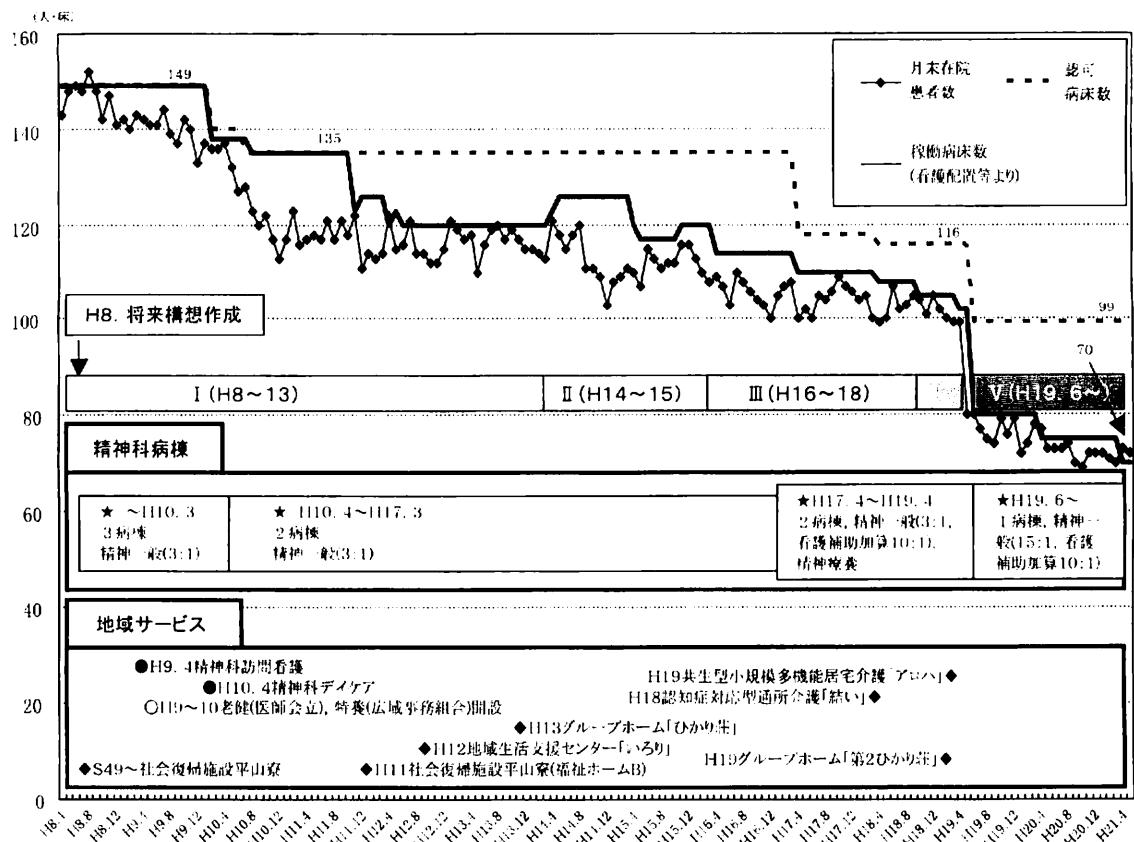


図1 地域での医療・生活支援の充実と病棟のダウンサイ징の経過

障害者福祉ネットワークがあり、代表格である「(精神) 障害者の社会参加を進める会」の会員は約1,300名となっている。これらをなくしては、ここまで道のりを乗り切ってくることは不可能であったと考えているが、今回紙面の関係で詳細を紹介することは難しいのでご了承いただきたい。

また、当院の母体組織である(財)正光会は、愛媛県宇和島市、今治市にも各350床の精神科病床を持ち、職員の配置転換など今回の取り組みの背景としては大きな要因となっていることも付け加えておきたい。

## Ⅱ. 地域での医療・生活支援の充実と病棟のダウンサイ징の経過

図1に平成8年から現在までの、月末在院患者数、認可精神科病床数、稼働病床数(看護配置に

よる)と病棟体制、地域サービスの状況を示した。入院患者の受け皿や地域での支援体制が確立することで不要になった病床を閉じるという原則を可能な限り貫きながら、緩やかにダウンサイ징してきたことが特徴だと考えている。それぞれの時期にさまざまな課題に直面したが、経営的にも当院と関連施設で収支がマイナスになったのは、小規模多機能居宅介護の新規開設のための投資が必要であった平成19年度のみで、なんとかここまでたどりついた。I~V期(図1参照)に分けて取り組みの状況と若干の考察を述べてみたい。

### 1. I期(H8年~13年)

H5年、前々院長(渡部三郎・現当法人理事長)が当院の将来像として「地域一体型病院」を掲げ、職員1人ひとりが地域の中で、活き活きと支援活動を展開する姿を描いた。その具体的な方

策としてH 8年「御荘病院将来構想」を作成した。近い将来の病床数を50床と明示し、種々の福祉サービスとともに心の健康作り、いわゆる保健事業まで計画している。多くの地域住民の声から作られた将来構想ではあったが、この時点では当法人理事会による経営的なコンセンサスがまったく得られていなかったことは、後々大きな課題としてのしかかってきた。

病棟から地域サービスへの転換には大きくとらえてa) 入院患者の受け皿と再入院の抑制、新たな長期入院を生み出さないための地域医療と生活支援の充実、b) 移行期の経営的課題の解決（特に職員の再配置）、c) 転換後の経営的課題の解決が不可欠である。I期では主にa) の課題への取り組みが行われた。

まず、地域に老健、特養の開設が相次いだこともあり、入院中の高齢者の処遇の見直しを行った。さまざまな精神症状により長年入院された高齢者で老人施設でも対応可能な方々に入所していただいた。その際、老人施設での嘱託医として密に入所先施設の相談にのると同時に、看護職員と施設職員のケアのあり方にに関する交流を推し進めた。精神症状の増悪時は早期の対応（入院受け入れも含め）を心がけた。よって老人施設との関係は比較的良好なまま現在に至っており、認知症で周辺症状がある方などでも精神科入院は最小限に抑えることができている。認知症、長期療養中であった統合失調症の本人、家族の立場からの意見としても、入所してよかったというものが多かった。結果H 10年末頃には、後述する精神科訪問看護、デイケアの開始も併せて、入院患者数は120名前後で推移するようになった。

b) の課題に対しては、病床のダウンサイジングに備え149床（50床×3）の3病棟体制から135床（70床、65床）の2病棟体制とし、看護職員はデイケア、訪問看護に再配置した。また、新規採用を控えることで余剰人員が最小限となるようにした。この時期はあまり大きな工夫はせずとも調整可能であったと思う。入院患者の他施設の入所へ積極的に移行することを経営的損失とし

て、法人内で反対がなかったわけではないが現場の裁量権で推し進めた。149床で運営していたH 8年以前に比べても、コストの見直しや新規の取り組みにより結果としては增收となつたことも、この第1段階を乗り切る要因となった。

同時期に開始したのが訪問看護とデイケアである。当院の従来の入院医療サービスの質は到底地域で通用するものではなく、管理中心の精神科医療を地域に持ち出すことは厳に慎まなければならぬと考えた。まず、職員が生活の現場を知ることからスタートした。全職員が地域に出る力をつけるためにも、訪問看護は全看護職員で実施した。病棟に看護職員を過配置し、退院した方を中心に訪問看護を導入させていただいた。当時の印象として、多くの職員の看護に対する考え方が激変したことが印象に残っている。患者の生活力を信じられるようになつたり、入院医療のあり方を考えたり……。表現が適切かどうか自信はないが、「やさしく」なった職員が多かったと思う。しかし、一方でどうしても管理的、権威的姿勢を変えられないものもいたことは想像に難くない。はじめに病棟で精神科看護を学んだものが地域サービスを実践できるかどうかという課題は、現在も職員再配置において最大の難関である。

さらにひとこと付け加えるならば、その時期に立ち上げた福祉ホームB型、地域生活支援センターは病院から離れた街中などに設置し、看護職員は配置せず、新規採用の精神保健福祉士を中心で運営した。どうしても当院の従来の精神科医療から離れたサービスであるべきだと考えざるを得なかつた。

## 2. II期（H 14年～15年）

往診、訪問看護、デイケアなどによる在宅での医療サービスの提供、地域生活支援センターを1つの核とした住民活動による啓発、グループホームなどの福祉サービスの充実など、地域生活を支えるための資源が育ちはじめ、おぼろげながら「地域生活センター」の支援体制が見え始めてきた時期に直面し始めたのは、先述したb), c) の経営

的課題であった。地域サービスの報酬は入院のそれには遠く及ばず、法人内で、当院の経営計画について激論が交わされた。国では精神保健福祉対策本部が設置され、高らかに社会的入院の解消が宣言されながらも具体的な方策は見えず、財務を担うものからは「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向へ向かうことに対しての反対意見が相次いだ。また、小規模精神科病院の経営が難しいことから、当院は診療所のみにすべきとの意見も多く出された。しかし、どちらも地域のニーズからは遠くかけ離れており、地域で精神障害者が活き活きと暮らせるための医療、福祉サービスを提供しつつ、緊急時は入院受け入れが可能な体制を構築するための経営的検討を本格化した。

### 3. III期（H 16年～18年12月）

H 16年9月の精神保健医療福祉の改革ビジョンをてことして、当面、H 18年もしくは19年に病床数を70床へという数値を仮設定し、取り組みを当病院の裁量内で進めた。全職員を対象とした説明会を繰り返した。「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性に関しては、H 5年から言い続けてきた地域一体型病院構想の成果もあって異論を唱えるものはほとんどいなかった。しかし、「職を失うのではないか」「転勤させられると大変だ」などといった不安が強く職場内がぎくしゃくした。「リストラはしない」「転勤は事業の必要性に応じて行うがそれぞの事情は十分に考慮する」という方針で事業を推進したつもりだが、十分経営者側の真意が伝わらず、また、方針に納得がいかず自ら退職を選んだものが数名いたことはとても残念に思っている。

患者の受け皿についてはこの時点ではあまり迷いはなかったと思う。既存の福祉資源の活用に加え、それまでの実践ノウハウから必要なものは立ち上げられる状況であったし、認知症、高齢精神障害者の支援では介護保険サービスをはじめとした地域ケアネットワークが構築されつつあったことが大きかった。もちろん長年の住民ネットワーク活動により、資源の立ち上げに反対運動などが

起きない状況があったことも重要であった。

そのような中で、大きく日の前に立ちはだかったのは経営的課題であった。1つは既存の看護職員の再配置。70床までダウンサイジングするには、単純に再配置するだけでも10名以上の余剰ができてしまう。さらには先述したように、病棟看護師を地域サービスに再配置するためには徹底した再教育（意識変革、新たな専門性の獲得）が不可欠であった。もう1つは病棟機能分化の実施。病棟単位の機能分化が基本とされている現在の診療報酬体系では、どうしても70床・1病棟体制では機能分化の取り組みができない。それはニーズに応えられないということに加え、適正な診療報酬を得られないということを意味した。

まず、看護職員の数的な再配置については、それまで2病棟とも精神一般、3：1看護配置としていたものを、H 17年4月から1病棟のみを精神療養とした。看護師の再配置や退職などの補充は看護補助者で行うことで、（看護師数）時間を見て調整した。もう一方の病棟は、精神一般3：1に看護補助加算10：1を加えスタッフを増員し、病棟内を3つのユニット（急性期、認知症、リハビリ）に分割した機能分化の試行的な取り組みを実践した。その中で、地域サービスへの転換を強く意識した看護師の再教育を行ってきた。特に認知症ケアの外部での研修は意識改革に大きな影響を及ぼしたと思う。また、ベテランズ研修と銘打った長期在職者を対象とした研修も行った。結果としては、あくまで感想レベルであるが、2～3割の職員は地域サービスへ再配置が可能となつたと考えている。

この1病棟を精神療養、もう1病棟を精神一般+看護補助加算という形は、看護師の再配置という課題解決に加え、療養病棟を常に満床にすることでの収入の確保（人件費減）を可能とした。さらに無資格者を看護補助者として雇用することで、認知症対応型通所介護などに向けた人材の確保・育成を行い、病棟から地域サービスへの転換において大きな役割を果たした。精神療養病棟で看護資格者を減らしたことでサービス質の低下も

なかったわけではないが、恥ずかしながら当院では精神科病棟に長年勤務した看護師の中に、あえて言うならば「ふつう」の感覚を持った看護補助者が入ることは決してマイナスばかりではなかつたと考えている。

機能分化に関しては、ユニットによる試行的取り組みを行ったが、まだ活路は見い出せていない。

この間に、重度の認知症の方を少しでも長く在宅で支えられるように認知症対応型通所介護「結い」を立ち上げるとともに、町の中心部に近い将来の拠点の1つとして、ビジネスホテルであった建物と土地を確保した。

#### 4. IV期（H 19年1月～6月）

108床（51床精神療養+57床精神一般）で運営していたH 19年1月、法人全体での看護師不足をきっかけとして当院の1病棟化がようやく法人理事会で決定された。「地域適正病床数への移行」のみが目的とならなかったのは口惜しいが、看護師不足をてこに大きなステップを前に踏み出した。この際、改築などの特別な理由があれば一時的に70床以上でも1病棟単位で運営できることを知り、6月80床に向けて取り組んだ。100床までは徐々に退院促進を重ね、最後20名に関しては、宇和島地域から当院に長期入院していた12名の方に宇和島病院へ転院していただいた。あと8名に関しては、スタッフも半ば地域への退院をあきらめていた方々であったが、1人のためにグループホームを作ったり、再度家族関係を見直したりすることで地域への退院が実現した。本来なら100床からもこれまでと同様に患者数漸減による移行を図りたかったが、経営的にそうした場合の赤字はどうしても負えなかった。

移行期2年間の赤字を覚悟していたが、結果としては1年間のみで、H 20年度にはかろうじて収支プラスに転じている。ただし、ハードへの投資を極限まで抑えるなど、決して健全経営ができるわけではない。病棟から地域サービスへの転換には、地域サービスの報酬の見直しと移行期の支援策が不可欠だと思う。

#### 5. V期（H 19年6月～現在）

80床（精神一般15：1+看護補助加算10：1）からさらにダウンサイジングし、H 21年4月に70床（同基準）とした。

入院治療の必要性を最小化するのには、やはり精神科訪問看護が重要な役割を果たした。当院はステーション化せず、すべての外来患者を知る外来スタッフ（看護師、保健師、精神保健福祉士）が訪問している。月200～230件訪問し、毎日夕方、多職種によるミーティングを行うなど、医師以外のスタッフが支援に主体的に関わっている。また、未治療の方への早期介入は町や保健所と連携をとりながら行い、地域包括支援センターをはじめとする介護保険サービスとの連携にも力を入れている。もちろん地域の中での医療サービスでは、管理的になりすぎないように細心の注意を払っている。さまざまなアウトリーチサービスが奏功し、医療中断による再発入院はほぼ皆無、警察保護などによる緊急入院も地域内では激減している。

また、H 19年10月には共生型小規模多機能居宅介護を街中に立ち上げている。

### III. 職員の配置、人材の確保・育成について

病棟から地域サービスの転換を図る上で最大の課題である。当院ではH 8年4月、医師3名（内常勤2名）、看護師55名（正28、准27／病棟53、外来2）、作業療法士1名の計59名からスタートし、H 21年4月には医師3名（内常勤2名）、看護師33名（正27准5保健師1／病棟22、外来4（うち1名保健師）、デイケア3、認知症デイサービス1、小規模多機能2）、作業療法士1名、看護補助者8名、精神保健福祉士8名（病棟1、外来・地域連携1、デイケア1、福祉ホームB型2、地活1、認知症デイサービス1、地域のNPO法人・就労支援へ出向1）、福祉施設支援員等5名、介護職9名の計67名による地域での体制に転換してきた。現在、地域全体での当法人

の予算からみた経営規模は、当時とほぼ同じである。患者数はH8年4月計約600名（外来450名、病棟150名）、H21年4月計約720名（外来650名、病棟70名）である（福祉・介護サービス利用のみの方はカウントしていない）。認知症の増加が患者数増の主な要因である（地域特性からか？ うつ、人格障害などはほとんど増加なし）。

今後の配置としては、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士などのリハビリスタッフがさらに重要と考えている。また、認知症介護を担う介護職の充実も図らなければならぬ。ヘルパーなどの生活支援、就労支援などの福祉サービスもまだまだ足りない。まだ手つかずの児童思春期、発達障害支援の体制も必要だ。介護サービスや障害者福祉による生活支援の充実に伴い、精神科医療を担うスタッフにはより高い専門性が求められてきている。人材確保、育成においても課題がまだまだ山積しておりゴールは遙か先にある。

### さ い ご に

病棟から地域サービスへの転換は、地域特性に合わせて時間をかけて緩やかに、かつ、将来像を明確に描いた上で戦略的に行えば決して不可能ではない。当院では、将来像にサービスの量・質を明示し、そこに向かうために経営資源（財源）をどうするか、人員の配置（量・質）の計画をたてて進めた。途中何度も見直しが必要であったが、院長（医師）－事務長－総看護長の連携と役割分担が比較的うまくいったので、ここまで來られたと考えている。もちろん地域の住民ネットワークという基盤と、多くの職員の自己研鑽なくしては取り組めなかつたことはいうまでもない。患者本人、家族の協力もしかりである。

しかし、実践してきた一方で思うのは、拙速な取り組みは避けた方が無難であるということだ。路頭に迷う精神障害者、家族をこれ以上作りだしてはいけないと思う。

ただ、やはり病棟で一生を過ごした方より、自由と責任を持って地域で暮らしている方のほうが

いきいきとしていることはゆるぎない事実であり、精神科医療はそれを支える方向に向かうべきではないかと強く思っている。

現時点では誰もが安心して暮らせるための支援体制にはほど遠いが、さらに地域でのいきいきとした生活を支えられるように、地域とともに実践を重ねていきたい。