

平成 28 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に関する研究」
報告書

平成 29 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算定病院及び算定準備病院における 中長期経営戦略の事例収集	3
2. 精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウムの開催	13
3. 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の作成	71
III. まとめと考察	73
IV. 検討委員会等実施状況	76
V. 検討委員会等名簿	77
VI. 成果物公表計画	77
VII. 資料	79

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

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に関する研究

2. 事業目的

平成 26 年 7 月に取りまとめられた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」では、長期入院精神障害者本人に対する支援と並んで、精神科病院の構造改革の必要性について言及されている。また、平成 26 年 4 月施行された改正精神保健福祉法では、厚生労働大臣の定める指針の中で精神病床の機能分化に関する事項として、1 年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進すると記載されている。

平成 28 年度診療報酬改定では、これらを踏まえ、新たに地域移行機能強化病棟入院料が創設され、重点的な退院支援への取り組みに対しての評価が行われることとなった。同入院料では、看護職員のみならず、作業療法士、精神保健福祉士を含めた多職種チームに対する人員配置の評価や期間を設定した地域移行の実績に対する評価等、新たな視点からの施設基準が定められている。

今後、少子高齢化にともなう人口構造の変化やストレス社会の反映としての疾病構造の変化に対応しつつ、持続的な精神科医療サービスの提供を図るためには、ハード(精神病床の機能分化と再編成)とソフト(現行サービスの見直しを含む多職種チームによる医療サービス提供のあり方)の両面を含めた精神科病院の構造改革が必要となってくる。

そこで、本研究においては、地域移行機能強化病棟について、その算定に向けた準備を行っている精神科病院を対象に、その準備過程や上記で述べた構造改革を進めるうえでのプロセスを事例検討して、今後の精神科病院運営における中長期的戦略を明らかにすることを目指す。

3. 事業内容及び手法

有識者、医療関係者、障害福祉関係者、法律関係者等で構成される検討委員会を設置し、4 回程度開催する。地域移行を重点的に進めるとともに持続的な精神科医療サービスの提供を可能とする精神科病院の構造改革に資する以下の事業を行う。

- (1) 地域移行機能強化病棟入院料を算定している、又は算定に向けた準備を行っている複数の精神科病院にワーキング・グループを複数設置して、そのグループ・ワークを通じて、それぞれの病院における地域移行及び病院の構造改革に関する中長期的戦略を作成する。
- (2) 検討委員会では、(1)で収集された事例を分析するとともに課題を把握する。抽出された課題を踏まえたうえで、地域移行及び精神科病院の構造改革、更には病院運営に関わる中長期的戦略策定に資するガイドラインを作成する。
- (3) 全国の精神科病院の開設者や管理者、及び障害福祉関係者を集めたシンポジウムを開催し、地域移行や精神科病院の構造改革を可能とする精神科病院の運営に関わる中長期的戦略の具体的事例の周知を図る。

4. 事業実施結果

(1) シンポジウムの開催

平成 28 年 12 月 3 日、「精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウム」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すでに算定開始ないしは算定を予定している 4 病院(岡山県・積善病院、鹿児島県・大口病院、大阪府・八尾こころのホスピタル、東京都・慈雲堂病院)より事例報告を受け、①地域移行機能強化病棟入院料届出までのプロセス、②施設基準達成のためのシミュレーション、③地域移行機能強化病棟入院料届出前の調整、④地域移行機能強化病棟入院料届出についての検討を行った。

あわせて、シンポジウム参加者に対してアンケートを行い、地域移行機能強化病棟入院料届出に関する意向、当該特定入院料算定についての利点、当該特定入院料算定について阻害要因となる要件・基準などについての分析を行った。

(2) ガイドラインの策定

「精神科病院の構造改革と病院運営に関わる中長期経営策定に向けた地域移行機能強化病棟運用ガイドライン」を策定し、地域移行機能強化病棟入院料届出に向けた道標を示すとともに、精神科病院の構造改革を図る視点も盛り込み、中長期的な経営戦略に資する内容とした。

5. 考察

平成 28 年 4 月の診療報酬改定で、地域移行機能強化病棟入院料が新設された。当該入院料は、長期入院患者の退院実績のみならず、病床削減もアウトカム評価するという点で今までにないものである。精神病床が今後漸減していくことが予測されることを考慮すれば、当該入院料を算定するにあたっては、比較的高点数に設定されたインカムを活用して、中長期にわたる精神科病院の構造改革を図ることが重要である。しかし、当該入院料を算定する病院が少ない現状を鑑みれば、さまざまな要因が想定される。本事業では、シンポジウムを開催し、実際に当該入院料を算定ないしは算定予定の病院の状況を聴取し、また参加者アンケートを実施してこれらの要因について分析することができた。さらに、その分析に立脚して当該入院料届出への道標を示し、精神科病院の構造改革と病院経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を策定した。

Ⅱ. 研究内容

1. 地域移行機能強化病棟入院料算定病院及び算定準備病院における中長期経営戦略の事例収集

・検証方法

日精協会員名簿調査及び独自ヒアリングにて、地域移行機能強化病棟入院料を算定している、又は算定に向けた準備を行っている精神科病院を集約し、地域性と病床数でセグメントした上で本事業の研究への参画依頼する4病院を選定した。この4病院には、ガイドライン作成のため、地域移行や精神科病院の構造改革を可能とする精神科病院の運営に関わる中長期的戦略の内容と、地域移行機能強化病棟入院料算定におけるシミュレーション手法等をヒアリングした。また、全国の精神科病院の開設者や管理者、及び障害福祉関係者を集めたシンポジウムにて事例を報告いただいた。

・研究協力病院

◎岡山・積善病院

所在地：岡山県津山市一方 140

病床数：306 床／精神一般(109 床)、精神科急性期(48 床)、精神療養(149 床)

平成 29 年 4 月から地域移行機能強化病棟入院料の算定開始予定

◎鹿児島・大口病院

所在地：鹿児島県伊佐市大口大田 68 番地

病床数：212 床／精神一般(52 床)、精神療養(60 床)、認知症治療(100 床)

平成 29 年 6 月から地域移行機能強化病棟入院料の算定開始予定

◎大阪・八尾こころのホスピタル

所在地：大阪府八尾市天王寺屋 6-59

病床数：480 床／精神一般(163 床)、精神科急性期(56 床)、精神療養(110 床)、
認知症治療(91 床)、地域移行機能強化病棟(60 床)

平成 28 年 4 月から地域移行機能強化病棟入院料を算定開始

◎東京・慈雲堂病院

所在地：東京都練馬区関町南 4-14-53

病床数：513 床／精神一般(360 床)、精神科急性期(48 床)、精神療養(55 床)、
認知症治療(50 床)

平成 29 年 1 月から地域移行機能強化病棟入院料の算定開始予定(当時)

・事前アンケート

研究協力病院にはヒアリング、シンポジウムに先立ち、「平成 27 年度病床数、平均病床稼働率」、「地域移行機能強化病棟入院料届出までのプロセス、シミュレーション」等、28 項目に及ぶ事前アンケートの提出を依頼した。以下に各病院の回答を掲載する。

平成28年度総合福祉推進事業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】
 地域移行機能強化病棟の算定を利用した中長期的戦略について

病院名	積善病院							
平成27年度実績								
平成28年3月31日現在の病床数	精神病床の病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養		
		109		48		149		
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計	306
平成27年度平均病床利用率	90 %							
地域移行機能強化病棟入院料届出までのプロセスについて								
届出の検討を始めた時期	平成28年 4 月							
算定に向けたワーキンググループ	メンバー(職種)	理事長・院長、事務長、総婦長、担当病棟看護師、退院予定患者主治医、退院後生活環境相談員(Ns.,PSW)、相談支援専門員、建築士、建築会社職員				開催回数(現在まで)	14回	
届出を検討した理由	例:施設の建て替え等の予定がある、空床が目立ち減床を検討していた、個室化を検討していた等 全体的な入退院は多いが、長期入院をしている精神療養病棟でいつも決まって空いている病床がある。実際に退院させようとしても退院先が決まらない。							
ワーキンググループ検討開始月の算定条件の状況と、条件に達していない場合の対応策	病床利用率(病院全体)	条件:許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること 90% これを維持していくので特に病床削減は考えてない。						
	退院実績(病院全体)	条件:1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で届出病床数の1.5%に相当する数以上であること(直近3か月のおける1か月あたり平均) 実際の退院数が少ないためどのようにして行っていくか。						
	精神障害者の地域生活を生活支援する関係機関等との連携	条件: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 相談支援センターの相談員						
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病床種別	精神療養病棟							
シミュレーションについて								
直近3年の1年以上入院患者の退院数(病院全体)	H25	H26	H27	うち、地域移行機能強化病棟算定実績としてカウントできる退院先に退院した数(病院全体)	H25	H26	H27	
		13	7			5	2	
検討段階での1年以上入院患者数(病院全体)	172 人							
退院先確保の取り組み	要介護認定・障害支援区分の申請の予定、シェアハウス新設して退院先の施設を増やす。家族への説明、救護施設、が退院先として認められるかを県に問い合わせ							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の職員数実数	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計
	48	9	1	6	1		1	18
地域移行機能強化病棟への転換後の職員数イメージ	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計
	48	9	1	6	3		1	20
地域移行機能強化病棟人員配置・確保のための対応策	例:精神保健福祉士○名採用、看護補助者○名を○○病棟から地域移行機能強化病棟に配置転換 等 特に行なうつもりはない。							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の建築年・最後の増改築年	建築年	西暦	1972	年	最後の増改築年	西暦	1996	年

届出に伴う病棟内の改善等	例:混合病棟にするためにトイレの改修 等 混合病棟にするためにトイレの改修						
算定年度収益見込 (H27年度実績比) ※増減の理由のみの記載でも可	平成27年度比(%)	<増減理由>例:初年度は改修等が必要なため入院収益増をコストが上回る、等 100.00% 新しい施設建築のため収支は現在検討中					
その他、届出にあたり課題となった事項	退院先の確保、65歳以上の身体的には正常な患者の退院、本人の退院拒否、家族の反対、						
地域移行機能強化病棟入院料届出前の調整							
届出にあたり病床利用率の調整等のため実施した精神病床削減後の病床数(病床利用率の調整等) (削減していない場合、削減不要に○を入力)	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	削減不要
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計
							0
届出に向けて新たに展開するサービス・事業	地域移行支援型ホーム(敷地内グループホーム)1施設6名で平成29年5月1日開始予定						
地域移行機能強化病棟入院料届出について							
地域移行機能強化病棟入院料算定開始月(見込月)	平成	29	年	4	月		
算定開始月の病床数(病床予定数)と 地域移行機能強化病棟を利用して削減予定の病床数	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	削減予定病床数
		61		48		149	10
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	地域移行機能	計
					48	306	
算定終了予定年月	平成	30	年	3	月		
算定終了後の精神病床数イメージ	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	
		99		48		149	
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計
					296		
病床削減後の設備の活用想定	大部屋を個室にして一人の空間を広くする。						
病床削減後に当該病棟で余剰となったマンパワー(Ns・PSW)の活用想定	地域移行機能強化病棟のPSWとNsは相談支援相談員と協力して退院促進を行う。ベッド数の減少した病棟のNsは看護力を強くする。						
病床削減後に展開する、または強化するサービス・事業	シェアハウスの新設、訪問看護の強化、デイケアの利用、相談支援事業所との連携						
貴院がイメージする機能分化の将来像	訪問看護を強化し、地域での生活が困難な患者に対してもアウトリーチしていけるようにする。病床削減。相談支援事業所との連携						

平成28年度総合福祉推進事業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】
地域移行機能強化病棟の算定を利用した中長期的戦略について

病院名	医療法人慈和会 大口病院							
平成27年度実績								
平成28年3月31日現在の病床数	精神病床の病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	計	
		52				60		
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	212	
平成27年度平均病床利用率	91 %							
地域移行機能強化病棟入院料届出までのプロセスについて								
届出の検討を始めた時期	平成28年 4月							
算定に向けたワーキンググループ	メンバー(職種)	医師(理事長、院長)、看護部長、事務長、事務次長				開催回数(現在まで)	2回	
届出を検討した理由	<p>例:施設の建て替え等の予定がある、空床が目立ち減床を検討していた、個室化を検討していた等</p> <p>高齢人口も減少しつつあり、近隣の介護保険施設の待機期間が明らかに短くなった。 認知症治療病棟の病床利用率が低い時期がある。 長期入院患者の高齢化と新規入院患者の在院日数短縮。 介護スタッフが高齢化してきており、新規採用も難しくなってきたため、数年後には現状の病床維持が困難なことが明らか。</p>							
ワーキンググループ検討開始月の算定条件の状況と、条件に達していない場合の対応策	病床利用率(病院全体)	条件:許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること 93.30%						
	退院実績(病院全体)	条件:1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で届出病床数の1.5%に相当する数以上であること(直近3か月のおける1か月あたり平均) 1名 月ごとに退院患者数に波があるため、算定要件達成のためには退院先と連携して時期をコントロールする予定。						
	精神障害者の地域を生活支援する関係機関等との連携	条件: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 当院関連施設とは常に連携して地域移行支援を行っており、他法人の施設や行政とも必要時はケース会議、合同カンファレンスで情報共有をしている。						
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病床種別	精神療養病床							
シミュレーションについて								
直近3年の1年以上入院患者の退院数(病院全体)	H25	H26	H27	うち、地域移行機能強化病棟算定実績としてカウントできる退院先に退院した数(病院全体)	H25	H26	H27	
	41	39	39		21	16	26	
検討段階での1年以上入院患者数(病院全体)	102人							
退院先確保の取り組み	複数あるGHの機能分化により適正利用を図る 高齢者施設、介護保険施設との連携により高齢長期入院患者の退院先とする							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の職員数実数	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計
	60	7	10	7	1		1	26
地域移行機能強化病棟への転換後の職員数イメージ	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計
	60	7	10	7	3		1	28
地域移行機能強化病棟人員配置・確保のための対応策	例:精神保健福祉士〇名採用、看護補助者〇名を〇〇病棟から地域移行機能強化病棟に配置転換 等 精神保健福祉士1~2名採用。重度認知症デイケア専従PSWを異動。(代わりに臨床心理士を専従にする。)							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の建築年・最後の増改築年	建築年	西暦	2004	年	最後の増改築年	西暦	2015	年

届出に伴う病棟内の改善等	例:混合病棟にするためにトイレの改修 等 当該病棟ではハード面の変更なし。	
算定年度収益見込 (H27年度実績比) ※増減の理由のみの記載でも可	平成27年度比(%) 110.00%	<増減理由>例:初年度は改修等が必要なため入院収益増をコストが上回る、等 削減病床は実際に稼働していない病床がほとんど。
その他、届出にあたり課題となった事項	PSWの確保(今年度予定外の退職者が出たため)	

地域移行機能強化病棟入院料届出前の調整

届出にあたり病床利用率の調整等のため実施した精神病床削減後の病床数(病床利用率の調整等) (削減していない場合、削減不要に○を入力)	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養		削減不要
		45				60		
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計	
			100				205	

届出に向けて新たに展開するサービス・事業	関連GHを外部委託型から包括型へ変更検討中
----------------------	-----------------------

地域移行機能強化病棟入院料届出について

地域移行機能強化病棟入院料算定開始月(見込月)	平成	29	年	6	月			
算定開始月の病床数(病床予定数)と 地域移行機能強化病棟を利用して削減予定の病床数	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養		削減予定病床数
		45				60		10
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	地域移行機能	計	
			100				205	
算定終了予定年月	平成	30	年	3	月			
算定終了後の精神病床数イメージ	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養		
				39		60		
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計	
			90				189	

病床削減後の設備の活用想定	精神一般病棟は個室を増やして急性期対応をしやすくしたい。 認知症治療病棟の削減病室をトランクルームとする。その代り、現状で長期入院患者のトランクルームとして使っている隣接グループホームの一部を利用可能な部屋に改修して受け入れ先のひとつとする。
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

病床削減後に当該病棟で余剰となったマンパワー(Ns・PSW)の活用想定	余剰PSWは就労支援施設や生活訓練施設に異動を想定している。 看護、介護スタッフは余剰がほとんど出ないと思われるが、可能なら訪問看護、生活介護へ。
-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

病床削減後に展開する、または強化するサービス・事業	訪問診療、訪問看護 居宅介護、生活介護
---------------------------	------------------------

貴院がイメージする機能分化の将来像	精神科急性期32床(医師配置加算あり)、精神療養60床、認知症治療病棟60~80床 市内一円全ての介護保険施設や障害者施設に訪問診療を行うような体制にできれば良いと考えている。
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

平成28年度総合福祉推進事業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】
地域移行機能強化病棟の算定を利用した中長期的戦略について

病院名	医療法人 清心会 八尾こころのホスピタル							
平成27年度実績								
平成28年3月31日現在の病床数	精神病床の病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	計	
		173		60		180		
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	513	
平成27年度平均病床利用率	85 %							
地域移行機能強化病棟入院料届出までのプロセスについて								
届出の検討を始めた時期	平成28年 2月							
算定に向けたワーキンググループ	メンバー(職種)	理事長、院長、副院長、看護部長、法人事務局長、事務部長				開催回数(現在まで)	27年度末までに10回	
届出を検討した理由	<p>例：施設の建て替え等の予定がある、空床が目立ち減床を検討していた、個室化を検討していた等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期入院患者の合併症・死亡による退院が増加し、入院者を増やす努力を行っても病床利用率が低下し今後もそれが続くことが予測されていた。そのため有効な減床の方法を検討していた。 ・病院敷地のうち借地が約40%あり、その部分にある病床(100床)を減床すれば高額な借地料負担を解消できるため。 ・これまでの実績から見て、10年以上の長期入院患者を毎月1人退院させることは可能と思われたため。 							
ワーキンググループ検討開始月の算定条件の状況と、条件に達していない場合の対応策	病床利用率(病院全体)	条件：許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること 病床利用率が85%であったのを90%にするために、地域移行機能強化病棟を予定している病棟以外の各病棟を4~6床ずつ計33床減床した						
	退院実績(病院全体)	条件：1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で届出病床数の1.5%に相当する数以上であること(直近3か月における1か月あたり平均) 直近3か月における該当の退院者数が12人あり、条件に合致していた。						
	精神障害者の地域生活を生活支援する関係機関等との連携	条件：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 法人内の地域活動支援センターとの連携。地域の訪問看護ステーションとの連携。長期入院精神障がい者地域移行総合的推進検証事業への参加。						
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病床種別	精神療養病床							
シミュレーションについて								
直近3年の1年以上入院患者の退院数(病院全体)	H25	H26	H27	うち、地域移行機能強化病棟算定実績としてカウントできる退院先に退院した数(病院全体)	H25	H26	H27	
	109	87	70		32	36	21	
検討段階での1年以上入院患者数(病院全体)	238 人							
退院先確保の取り組み	精神保健福祉士が患者と共に施設・アパートなど入居先を探したり、家族の元へ帰れるか家庭環境の調査、遠隔地であれば通院先の選定など取り組んでいる							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の職員数実数	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計
	60	13	4	3			1	21
地域移行機能強化病棟への転換後の職員数イメージ	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計
	60	15	4	2	3		1	25
地域移行機能強化病棟人員配置・確保のための対応策	例：精神保健福祉士〇名採用、看護補助者〇名を〇〇病棟から地域移行機能強化病棟に配置転換 等 未登録であった精神保健福祉士を3名、医療福祉支援課より配置転換した。							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の建築年・最後の増改築年	建築年	西暦	2006	年	最後の増改築年	西暦	2006	年

届出に伴う病棟内の改善等	例:混合病棟にするためにトイレの改修 等 特に行っていない						
算定年度収益見込 (H27年度実績比) ※増減の理由のみの記載でも可	平成27年度比(%)	<増減理由>例:初年度は改修等が必要なため入院収益増をコストが上回る、等 133.35% 60床の精神療養病棟を地域移行機能強化病棟へ転換したことによる増収					
その他、届出にあたり課題となった事項	特になし						
地域移行機能強化病棟入院料届出前の調整							
届出にあたり病床利用率の調整等のため実施した精神病床削減後の病床数(病床利用率の調整等) (削減していない場合、削減不要に○を入力)	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	削減不要
		10		4		11	
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計
			8				33
届出に向けて新たに展開するサービス・事業	アウトリーチサービスの拡大。リハビリ(デイケア、作業療法)の強化。地域関係機関との連携強化。						
地域移行機能強化病棟入院料届出について							
地域移行機能強化病棟入院料算定開始月(見込月)	平成	28	年	4	月		
算定開始月の病床数(病床予定数)と 地域移行機能強化病棟を利用して削減予定の病床数	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	削減予定病床数
		163		56		110	
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	地域移行機能	計
			91			60	480
算定終了予定年月	平成	33	年	3	月		
算定終了後の精神病床数イメージ	精神病床の 病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	
		173		60		60	
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計
			110				403
病床削減後の設備の活用想定	本館の2つの病棟を廃止し、現在借地部分にある認知症治療病棟(50床×2病棟)を本館に移設予定(施設条件適合のための改修工事が必要)						
病床削減後に当該病棟で余剰となったマンパワー(Ns・PSW)の活用想定	訪問看護など、アウトリーチにマンパワーを投入し、地域に根差した医療を提供する。						
病床削減後に展開する、または強化するサービス・事業	認知症患者、精神障害者の退院後の受け入れ先を他所に頼るのではなく、病院自体で提供出来る体制を構築する。						
貴院がイメージする機能分化の将来像	地域(八尾市)の精神科医療を責任を持って行うことが目標。基本的に入院治療は急性期だけに行い、慢性期治療は地域(外来、アウトリーチ)で行うイメージ。したがって入院病床は、急性期治療病棟、認知症治療病棟がメインとなり、その他にはストレスケア病床と慢性重症者対象の病床、身体合併症を持つ患者のための病床が必要かと考えている。						

平成28年度総合福祉推進事業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】
地域移行機能強化病棟の算定を利用した中長期的戦略について

病院名		慈雲堂病院							
平成27年度実績									
平成28年3月31日現在の病床数	精神病床の病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養	計		
		360		48		55			
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	543		
平成27年度平均病床利用率		95 %							
地域移行機能強化病棟入院料届出までのプロセスについて									
届出の検討を始めた時期		平成28年 6月							
算定に向けたワーキンググループ		メンバー(職種)	医師1名(診療部副部長)、看護師4名(部長含む)、PSW2名、事務2名			開催回数(現在まで)	3回		
届出を検討した理由		<p>例:施設の建て替え等の予定がある、空床が目立ち減床を検討していた、個室化を検討していた等</p> <p>1. 長期経営目標に従った運営 ・H20年に長期経営計画を策定し、入院の活性化と地域移行促進及び地域定着支援を目標に掲げ取り組みを行っていること</p> <p>2. 入院患者構成及び職員構成による病床削減の必要性 ・長期慢性期患者の高齢化に伴う死亡退院の増加で、慢性期病症に空床が増加してきたこと ・定年退職によるベテラン職員減少と若手職員確保上の課題(慢性期削減・急性期等の活性化)</p>							
ワーキンググループ検討開始月の算定条件の状況と、条件に達していない場合の対応策	病床利用率(病院全体)	条件: 許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること 91.2%(精神病床利用率91.1%)							
	退院実績(病院全体)	条件: 1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で届出病床数の1.5%に相当する数以上であること(直近3か月のおける1か月あたり平均) 1名(≥60床かける1.5%)							
	精神障害者の地域を生活支援する関係機関等との連携	条件: 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 社会福祉法人「巣立ち会」と連携							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病床種別		精神一般病床							
シミュレーションについて									
直近3年の1年以上入院患者の退院数(病院全体)	H25	H26	H27	うち、地域移行機能強化病棟算定実績としてカウントできる退院先に退院した数(病院全体)	H25	H26	H27		
	108	96	100		93	83	78		
検討段階での1年以上入院患者数(病院全体)		309人							
退院先確保の取り組み		<p>1. 6年前より地域移行促進を開始し、院内体制を整備 (1)H22/4月: 地域連携室発足(地域連絡会にPSW派遣、近隣施設への訪問開始・当院医師による講演受託など関係強化) (2)H25/4月: 病棟機能を再編し、1病棟を地域移行促進病棟として設置(男女別から混合病棟へ移行)</p> <p>2. グループホーム開設(H25/10月) このほか、法人借上げアパート運営</p>							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の職員数実数	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計	
	69	21	5	6				32	
地域移行機能強化病棟への転換後の職員数イメージ	当該病棟病床数	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士及び社会福祉士	心理技術者	作業療法士	計	
	60	18	5	7	3			33	
地域移行機能強化病棟人員配置・確保のための対応策		例: 精神保健福祉士〇名採用、看護補助者〇名を〇〇病棟から地域移行機能強化病棟に配置転換 等 現有人員による等配置転換で対応可能							
地域移行機能強化病棟への転換を検討した病棟の建築年・最後の増改築年		建築年	西暦	1973	年	最後の増改築年	西暦	2007	年

届出に伴う病棟内の改善等	例:混合病棟にするためにトイレの改修 等 定床数削減(69床→60床)及びこれに伴う環境整備(個室仕様4室、廊下壁面の再塗装、照明器具のLED化、セパレート家具設置、応接コーナー設置 等)							
算定年度収益見込 (H27年度実績比) ※増減の理由のみの記載でも可	平成27年度比(%)	<増減理由>例:初年度は改修等が必要なため入院収益増をコストが上回る、等 算定年度は期間3か月(1~3月)、且つ減床(△9床)を伴うため、前年度比減収を見込む。ただし、次年度は9か月(4~12月)稼働予定となるためH27年度比増収となる見込み。						
その他、届出にあたり課題となった事項	精神病床の利用率90%以上クリア							
地域移行機能強化病棟入院料届出前の調整								
届出にあたり病床利用率の調整等のため実施した精神病床削減後の病床数(病床利用率の調整等) (削減していない場合、削減不要に○を入力)	精神病床の病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養		削減不要
		-9				5		
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計	
							-4	
届出に向けて新たに展開するサービス・事業	特になし							
地域移行機能強化病棟入院料届出について								
地域移行機能強化病棟入院料算定開始月(見込月)	平成	29	年	1	月			
算定開始月の病床数(病床予定数)と地域移行機能強化病棟を利用して削減予定の病床数	精神病床の病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養		削減予定病床数
		291		48		60		12
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	地域移行機能	計	
			50		30	60	539	
算定終了予定年月	平成	29	年	12	月			
算定終了後の精神病床数イメージ	精神病床の病床機能	精神一般	精神科救急	急性期	救急・合併症	精神療養		
		351	41			55		
		児童思春期	認知症治療	老人性療養(介護)	特殊疾患	-	計	
			50		30		527	
病床削減後の設備の活用想定	引き続き減床した病棟として利用							
病床削減後に当該病棟で余剰となったマンパワー(Ns・PSW)の活用想定	・既存病棟の退職者(嘱託職員)の補完、急性期病棟の人員の補完 ・訪問看護							
病床削減後に展開する、または強化するサービス・事業	急性期治療病棟の救急入院料算定化							
貴院がイメージする機能分化の将来像	精神科慢性期病棟の縮小、急性期病棟複数病棟化、認知症病棟は現状維持か							

2. 精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウムの開催

(1) 目的

地域移行や精神科病院の構造改革を可能とする精神科病院の運営に関わる中長期的戦略の具体的事例の周知を図ることを目的に、全国の精神科病院の開設者や管理者、及び障害福祉関係者を対象としたシンポジウムを開催した。

(2) 開催内容

「精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウム ～地域移行機能強化病棟を考える～」と題し、平成 28 年 12 月 3 日(土)に社会福祉法人天心会 小阪病院 フローラホールにて開催。受講者は 61 名。

プログラムは以下の通り。

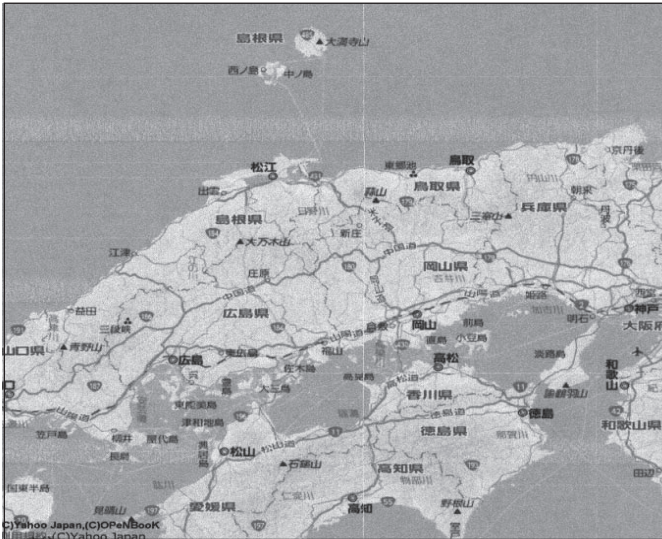
13 : 00～13 : 05	開会挨拶
13 : 05～13 : 35	事例報告Ⅰ 岡山・積善病院 江原良貴先生 平成 29 年 4 月から地域移行機能強化病棟入院料の算定開始予定
13 : 35～14 : 05	事例報告Ⅱ 鹿児島・大口病院 永田雅子先生 平成 29 年 6 月から地域移行機能強化病棟入院料の算定開始予定
14 : 05～14 : 15	～ 休 憩 ～
14 : 15～14 : 45	事例報告Ⅲ 大阪・八尾こころのホスピタル 山本幸良先生 平成 28 年 4 月から地域移行機能強化病棟入院料を算定開始
14 : 45～15 : 15	事例報告Ⅳ 東京・慈雲堂病院 田邊英一先生 平成 29 年 1 月から地域移行機能強化病棟入院料の算定開始予定
15 : 15～15 : 25	～ 休 憩 ～
15 : 25～15 : 55	総合討論
15 : 55～16 : 00	閉会挨拶

事例発表の要旨を以下に掲載する。

事例報告 I : 一般財団法人江原積善会 積善病院 理事長、院長 江原 良貴 先生

I . 現状

I - 1 所在地のあらまし



(津山市ホームページより)

積善病院の所在地である岡山県津山市は、県北東部に位置し、北は鳥取県と県境をなす中国山地、南は中部吉備高原に接し、中国自動車道で京阪神とのアクセスも持つ町と自然が融合する地域である。

高齢化率32%

図表11-5-2-1 人口の推移

(単位：人)

年	圏 域	津山地域	勝英地域
平成2年		154,463	57,997
7	212,460	153,868	56,941
12	210,809	150,267	54,526
17	204,793	146,895	51,901
22	198,796	141,306	49,298
23	190,604	140,252	48,764
24	189,016	138,857	48,043
25	186,900	137,433	47,564
26	184,997	136,189	47,000
	183,189		

(資料：国勢調査 平成23年～26年は岡山県毎月流動人口調査)

(注) 津山地域は旧勝北町を含む、以下同様。

高齢化率は32%であり、毎年1千～3千人程度の割合で人口が減少している。上表の平成26年においては人口が約13万6千人とあるが、平成29年2月現在においては、同市ホームページに人口102,896人、世帯数44,835世帯との掲載があるとおり、今後の人口減少が非常に懸念されている山間地域である。

I-2 地域の精神科病院を取り巻く状況

地域には精神科を有する病院が、積善病院を含め2つ存在している。

地域における精神保健福祉関係の社会資源をみると、診療所は1つ、デイケアはそれぞれの病院が持っているため2つ、心療内科を有する診療所は表には5つとあるが、実際には専門の心療内科は2つのみである。

介護分野の社会資源は乏しく、管外において積善病院が就労継続支援A型を1つ行っているが、管内では0、就労支援B型が16、共同生活援助(グループホーム)が7、管内合計8、共同生活援助(ケアホーム)が3、管内合計4、地域支援センターが管内合計4である。以上のように社会資源を提供する施設が少ない。

図表11-5-3-17 精神保健福祉関係の社会資源の状況（平成25年4月1日現在）

			本所	支所	管内計
精神病床を有する病院			2		2
精神科又は心療内科を有する病院			1		1
精神科デイケア等施設			2		2
精神科又は心療内科を有する診療所			5		5
障害者総合支援法	訪問・通所サービス	居宅介護	16	5	21
		行動援護		1	1
		重度障害者等包括支援			0
		短期入所			0
	日中活動の場	生活介護	1		1
		自立訓練（生活訓練）			0
		宿泊型生活訓練			0
		就労移行支援（一般型）			0
		就労継続支援（A型）			0
	住まいの場	就労継続支援（B型）	16	1	17
		共同生活援助(グループホーム)	7	1	8
	住まいの場	共同生活介護（ケアホーム）	3	1	4
		相談支援	4	2	6
	地域活動支援センター		1	2	3
共同作業所			2	1	3
患者会			7	4	11
家族会			8	6	14

図表11-5-2-16 病院施設及び病床（各年10月1日現在）

（単位：施設、床）

区分	病院施設数			病院病床数						
	一般病院	精神科病院		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床		
圏域	平成23年	18 (9.5)	16 (8.5)	2 (1.1)	2,544 (1,346.0)	1,138 (602.1)	739 (391.0)	629 (332.8)	30 (15.9)	8 (4.2)
	24年	18 (9.6)	16 (8.6)	2 (1.1)	2,544 (1,361.2)	1,138 (608.9)	739 (395.4)	629 (336.5)	30 (16.1)	8 (4.3)
	25年	18 (9.7)	16 (8.6)	2 (1.1)	2,521 (1,362.7)	1,138 (615.1)	739 (399.5)	606 (327.6)	30 (16.2)	8 (4.3)
岡山県	平成23年	174 (9.0)	157 (8.1)	17 (0.9)	29,776 (1,534.3)	18,788 (968.1)	4,906 (252.8)	5,820 (299.9)	236 (12.2)	26 (1.3)
	24年	171 (8.8)	154 (8.0)	17 (0.9)	29,574 (1,527.1)	18,702 (965.7)	4,881 (252.0)	5,749 (296.9)	216 (11.2)	26 (1.3)
	25年	170 (8.8)	153 (7.9)	17 (0.9)	29,378 (1,522.2)	18,555 (961.4)	4,861 (251.9)	5,720 (296.4)	216 (11.2)	26 (1.3)

（資料：厚生労働省「医療施設調査」、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」（）は人口10万対）

圏域 2カ所の精神科病院は積善病院ともうひとつの病院を指す。病床数は岡山県内では多いということが、カッコ内の人口 10 万人対の数字でわかる。

図表11-5-3-12 自立支援医療受給者証交付者数

（単位：人）

区分	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
美作保健所	1,615	1,598	1,956	1,821	1,913
勝英支所	457	460	541	499	522
合計	2,072	2,058	2,497	2,320	2,435

平成 26 年度の自立支援医療受給者証交付者数は、美作（みまさか）保健所で 1, 913 人いる。

図表11-5-3-14 通報・申請による緊急対応件数

（単位：件）

区分	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
美作保健所	29	25	49	39	35
勝英支所	3	3	13	7	5
合計	32	28	62	46	40

同年の救急対応は保健所で 35 件、支所との合計で 40 件だった。

図表11-5-3-16 自殺死亡数と自殺死亡率

(単位: 人、() 人口10万対)

区分	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
圏域	42(22.0)	48(25.4)	32(17.1)	33(17.8)	45(24.6)
岡山県	402(20.7)	388(20.1)	360(18.8)	340(17.8)	324(17.0)

自殺数死亡数と自殺死亡率については、岡山県は全国で3番目に少ない県ではあるものの、積善病院のある県北では増加傾向にある。

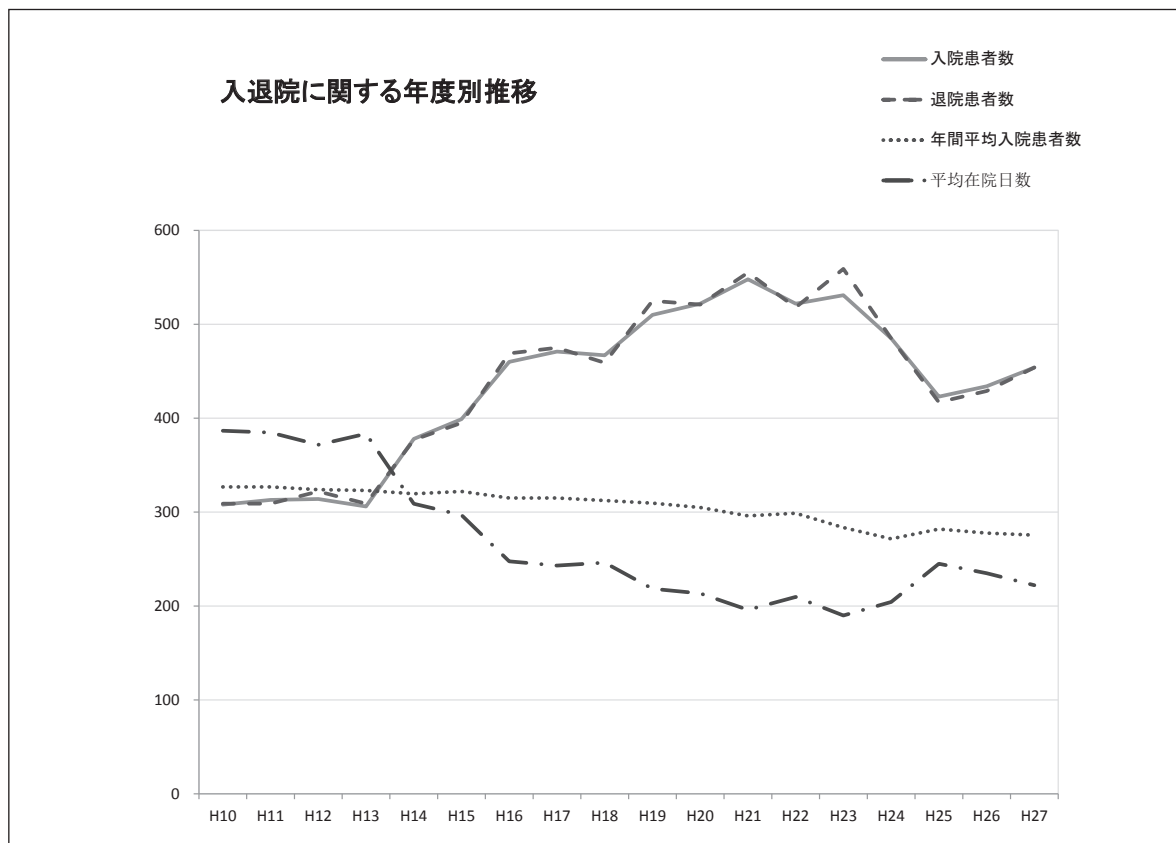
I-3 積善病院の概要

年度別にみた積善病院の入退院について:

実線が入院患者数、破線が退院患者数を示している。平成19年～平成23年までは入退院患者数が500人を超え、平成23年には退院患者数が600人近くまであったが、その後は急激に減少し、今では入退院共に年間ほぼ同じ増加率で450人程度となっている。

年間平均入院患者数については、以前は340人程であったものが、最近では275人程度の横ばいを辿り、280人になることはない。

長鎖線で示された平均在院日数については、平成21年から200日未満となる年度もあったが、一度増えた後は緩やかな下降を描き、今では220日程度となっている。



関連施設(精神科関係)

- 総合健診施設:「ESクリニック」
- 通所施設:精神科デイケア
- 通所リハビリセンター「えのき」
- 精神科社会復帰施設: 地域活動支援センター「ネクスト津山」
- 地域活動支援センター「虹」
- 入所授産施設「三楽園」 (30床)
- 救護施設「ニュー三楽園」 (90床)
- 養護老人ホーム「ときわ園」 (100床)
- 共同生活援助「サンコート」 (44床)
- 通所授産施設「友楽荘」
- 就労移行支援A型「宙」 (264床)

関連施設について:

入所授産施設に 30 床。殆どが生活保護を受給している精神科の患者が対象である救護施設には 90 床。また主に生活保護受給者が利用する養護老人ホームに 100 床。グループホームとしての共同生活援助施設に 44 床。以上の合計 264 床の関連施設に精神科の患者が退院できるようになっている。

関連施設(高齢者施設)

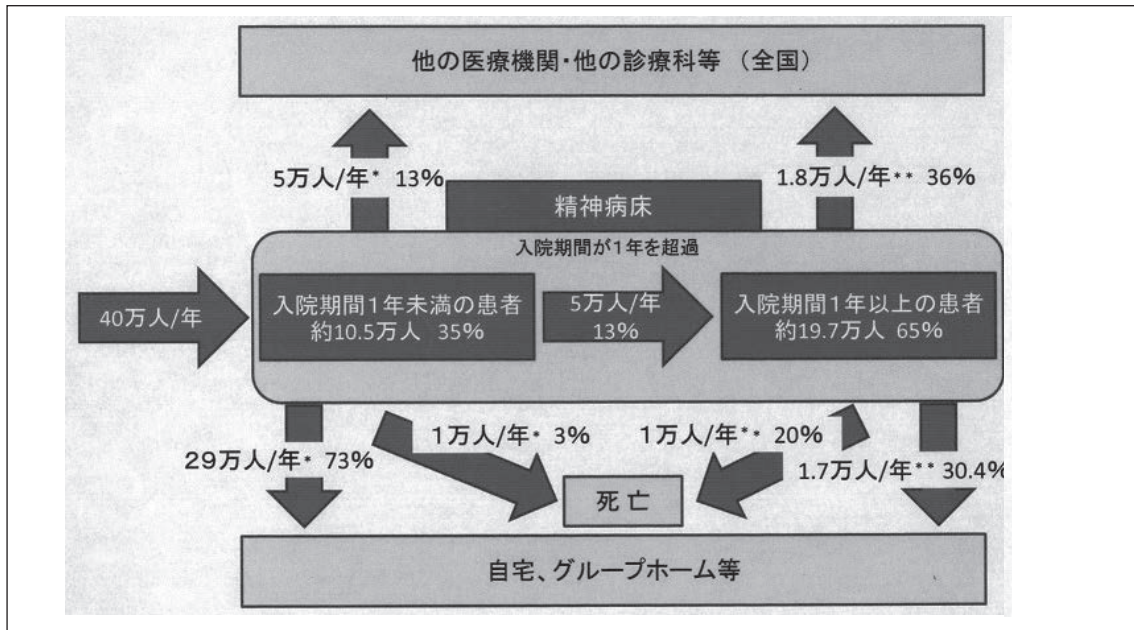
- 認知症患者支援センター
- 訪問看護施設:「レモン」
- 訪問介護施設:「オリーブ」
- 居宅介護支援施設:「すみれ」
- 特別養護老人ホーム:「ESサウスヒルズ」 (55床)
- 「パインスクエア」 (49床)
- 「ミカサ」 (60床)
- ケアハウス:「オークパーク」 (50床)
- 「ローズガーデン」 (30床)
- 経費老人ホーム:「ESガーデン」 (50床)
- (294床)
- 294+ 264=558

高齢者の施設について:

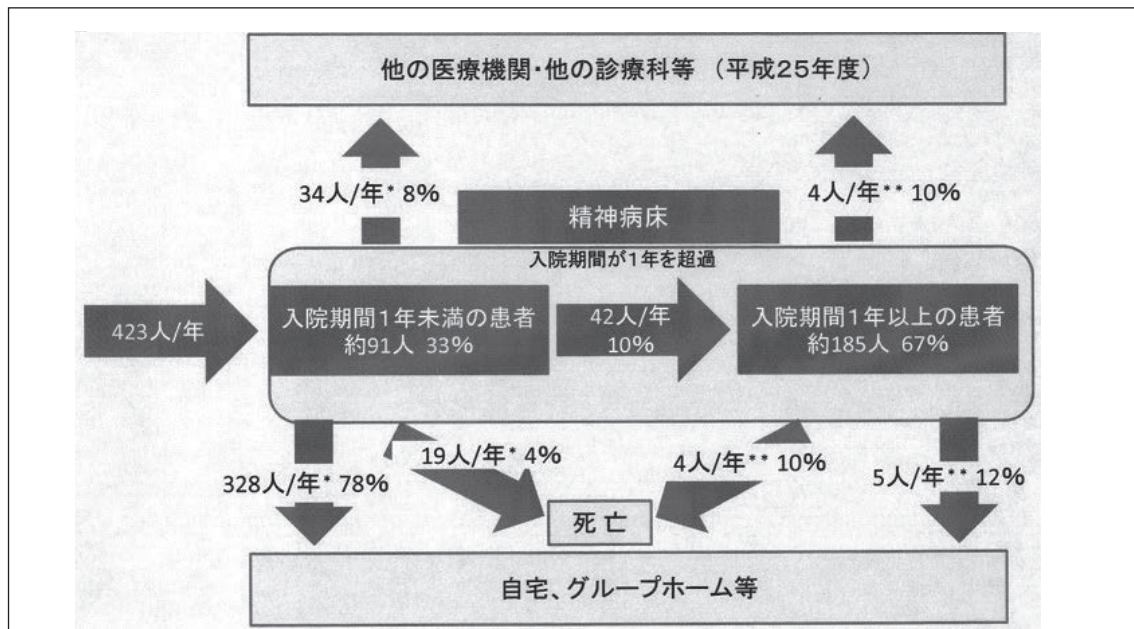
3つの特別養護老人ホームが其々に 55 床、49 床、60 床を有している。元々は岡山県の老人ホームであった「ケアハウス」は、一部重度精神障害の患者が入るようになり、現在の「ケアハウス」と施設名を変更した経緯がある。この施設の病床数は 50 床と 30 床である。そして、50 床の経費老人ホームを含め合計 294 床となり、前述の精神科関係関連施設との合計は 558 床である。

積善病院の病床数は約 300 床であり、障害福祉の方が多いたことがわかる。この 2 種類の関連施設に多くの患者が退院するため、今、病院に残っている患者は殆ど退院できないという状態の患者しか残っていないという現状がある。

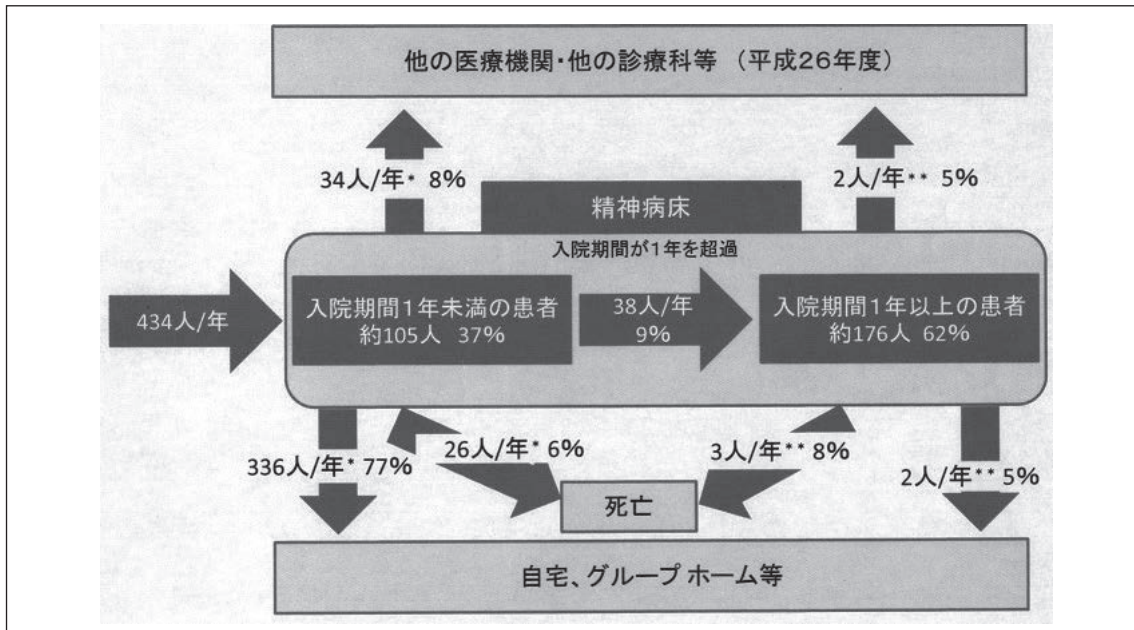
II. 地域移行機能強化病棟、導入への決断の根拠



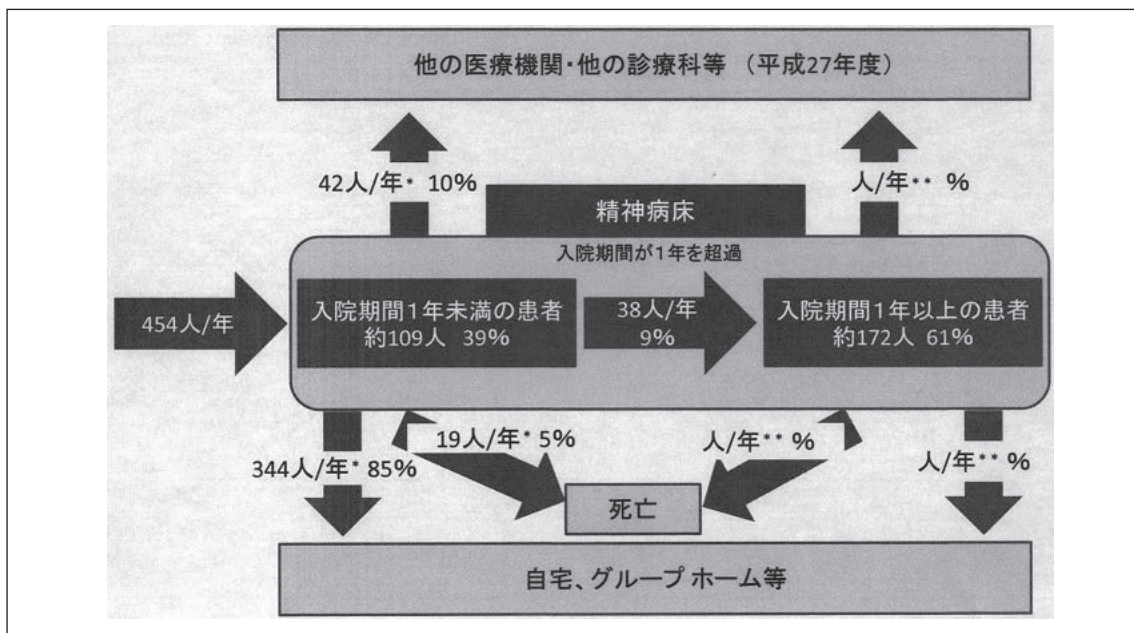
日本の平均的な入退院を表している。年間40万人が精神科に入院してきており、その内、1年以内に退院する患者は73%である。そして、1割の患者が1年以上の入院になっている。その内、約30%は自宅或いはグループホーム等に退院し、死亡退院は20%、他の医療機関・施設に行く患者が36%となっている。



積善病院の場合、平成25年度においては423人が新規入院し、328人が退院し、死亡が19人、他の施設に移った患者が4人いた。約1割が1年以上の入院となった。入院期間1年以上の患者の内、自宅に退院できた患者は5人しかいなかった。死亡退院並びに他の施設に移った患者はそれぞれ4人おり、全体の67%に当たる約185人の患者が残っているが、殆どが行き場所のない患者である。



平成 26 年度は前年度とほぼ同じではあるが、入院期間 1 年以上の患者の内、2 人しか自宅或いはグループホームに退院できておらず、3 人が死亡、2 人が他の施設に移った。



平成 27 年度においては、454 人が入院してきたが、その内、38 人が 1 年以上の入院となったのみで、85%が 1 年未満で退院した。この「入院期間 1 年未満の患者」が退院する割合はここ数年で伸びている。

「入院期間 1 年以上の患者」を対象とした右側の数字は現時点では未だ出ていないが、減少傾向を辿っていることから 5 人以下と予測される。

病床利用率(平成28年4月～10月)

		病床数	病床利用率
S-1病棟	精神療養病棟	48床	84.5%
S-2病棟(A)	精神一般病棟	20床	92.7%
S-2病棟(B)	精神一般病棟	38床	78.5%
1病棟	精神療養病棟	53床	94.8%
2病棟	精神一般病棟	51床	93.0%
3病棟	精神科急性期治療病棟	48床	86.8%
4病棟	精神療養病棟	48床	95.0%
合計		306床	89.7%

以上のような入退院の流れの傾向を踏まえ、積善病院の病床利用率をみたところ、S-1 病棟(精神療養病棟、開放・男性病棟)は病床数が 48 床、病床利用率が 84.5%と低い割合を示している。

S-2 病棟(A)は積善病院の認知症疾患支援センターからの患者を受け入れており、病床数は 20 床、病床利用率は 92.7%と回転率が非常に良い。通常、患者は 2 カ月で退院しており、人手がかかる病棟である。

S-2 病棟(B)(精神一般病棟、開放・女性病棟)は 78.5%しか稼働していない。年中、継続的に空いているベッドがある状況となっている。

一方、1 病棟(精神療養病棟、閉鎖)の病床利用率は 94.8%であり、また 2 病棟は 93%と高い割合である。

3 病棟の病床利用率が 86.8%と低いのは、精神科急性期治療病棟であり入退院が多いためである。

4 病棟(精神療養病棟)の病床利用率は 95%である。

3 病棟は精神科急性期治療病棟であるため除外し、S-1 病棟と S-2 病棟(B)の何れかを地域移行機能強化病棟にすることが検討され、S-1 病棟を 48 床の病床数を維持したまま、地域移行機能強化病棟に移行することになった。代わりに S-2 病棟(B)を 10 床減床させ、地域移行機能強化病棟を 1 年間導入することとなった。

各病棟入退院（H28年4月～10月）

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	合計	差
S-1病棟	入院	1	0	0	3	0	0	2	6	
	退院	2	0	0	1	2	1	5	11	-5
S-2病棟 (A)	入院	9	12	8	8	8	6	10	61	
	退院	14	8	9	9	7	5	10	62	1
S-2病棟 (B)	入院	2	2	3	4	3	0	1	15	
	退院	4	5	2	2	5	6	1	25	-10
1病棟	入院	0	1	1	0	0	1	1	4	
	退院	1	1	0	0	0	1	2	5	-1
2病棟	入院	0	6	6	5	4	5	6	32	
	退院	6	5	7	5	13	8	6	50	-18
3病棟	入院	15	16	19	22	21	13	20	126	
	退院	14	14	14	13	19	14	17	105	21
4病棟	入院	3	4	5	2	2	2	1	19	
	退院	2	7	4	3	3	4	1	24	-5
合計	入院	30	41	42	44	38	27	41	263	
	退院	43	40	36	33	49	39	42	282	-19

入退院をみると、平成28年4月～10月において精神科急性期治療病棟(3病棟)では、入院が126人、退院が105人でプラスとなった。

S-2病棟(A)は入院61人、退院62人と退院が1人多いが、プラスマイナスゼロの範疇といえよう。というのも残る他の病棟は、すべて明らかなマイナス値となっているからである。また、この退院数は、完治による退院ではなく、死亡や転院によるものであるという特徴も注視すべき点である。

各病棟転入転出 H28年4月～10月

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	合計	差
S-1病棟	転入	0	2	4	2	0	0	2	10	3
	転出	1	1	1	1	2	0	1	7	
S-2病棟(A)	転入	6	3	1	2	1	3	4	20	4
	転出	2	5	0	2	1	4	2	16	
S-2病棟(B)	転入	1	4	2	4	4	3	3	21	2
	転出	3	5	1	4	1	4	1	19	
1病棟	転入	1	2	2	4	1	0	3	13	-3
	転出	1	1	6	3	4	0	1	16	
2病棟	転入	2	1	4	5	3	2	5	22	15
	転出	0	1	3	1	1	0	1	7	
3病棟	転入	0	4	1	2	3	3	3	16	-26
	転出	4	4	5	10	4	3	12	42	
4病棟	転入	3	2	3	3	2	1	2	16	5
	転出	2	1	1	1	1	1	4	11	
合計	転入	13	18	17	22	14	12	22	118	0
	転出	13	18	17	22	14	12	22	118	

この表は各病棟の転入転出数を示している。精神科急性期治療病棟の3病棟は、常に満床であるため、患者を他の病棟に移さなければならない状態で稼働している。他の殆どの病棟は転入の方が多い。

積善病院では、精神科急性期治療病棟の患者を転棟による分配で運営する形になっている。

Ⅲ. 導入の準備

地域移行機能強化病棟入院料

1527点(一日につき)

3人の常勤精神保健福祉士が配置(1人は社会福祉士で可)

年間の病床利用率が90%以上

1年以上入院している患者の退院が届出病棟の毎月1.5%以上(月に1人の退院)自宅等に行われていること(1年で9人+3人)

年間届出病棟の1/5の病床を削減すること(病院中で年間10床が削減されること)

一日につき6千円ほど点数が高いということ、3人の精神保健福祉士の配置が必要であるが1人は社会福祉士でもよいということ、年間の利用率が90%以上ということ、1年以上入院している患者の自宅等への退院が、月1.5%以上行なわれること、当該病棟の5分の1の病床削減をすること、いつでも元の病棟に戻れるということ、以上の5点に着目した際の最も深刻な問題点は退院先であった。

既存の施設は既にほぼ一杯になっているため、新たな退院先として施設内に新しいグループホームを設ける必要があると考えた。

以下、スライドの資料では「シェアハウス」と表記されているが、当初はグループホームを計画していた。計画変更の経緯も含め説明する。

シェアハウスとは

リビングや台所、浴室などを共有し、各人の個室をプライベート空間とする共同生活のスタイル。建築基準法上では寄宿舍等に分類される。国土交通省では、名称としてシェアハウスを用いている。

定款について

一般財団法人として、新制度移行において、主務官庁制は廃止されました。今回の事業において、岡山県医療推進課へ確認「公益目的支出計画に変更を生じる場合には、岡山県として、関与。今回の場合は、定款変更には至らない。」H28.8.10 医療推進課 担当樋口氏

定款上の事業について

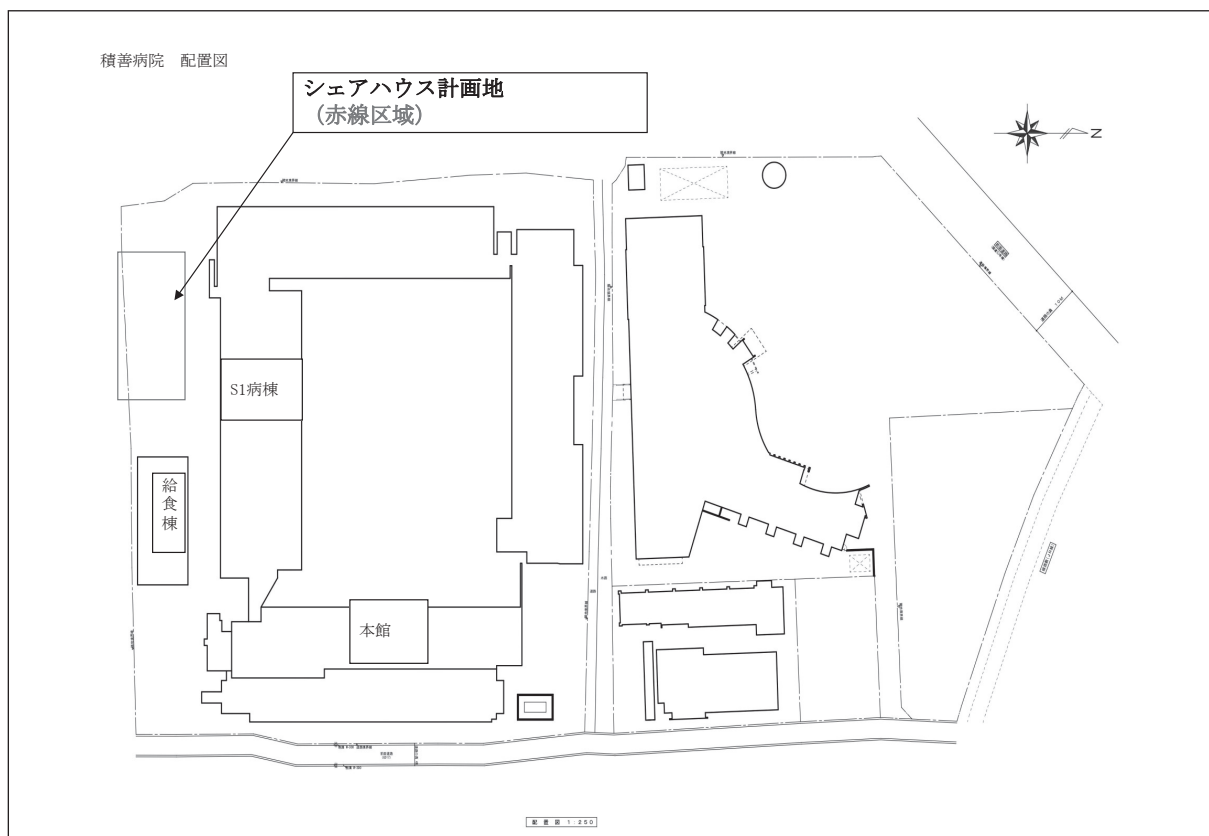
当法人定款第4条事業 第1項1号一般診療及び第12号障害者に日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業に付帯する事業に該当します。

補足

法務省の一般財団法人及び一般社団法人制度Q&Aより

Q22 一般財団法人又は一般社団法人が行うことのできる事業について、何らかの制限がありますか。

A22 一般財団法人及び一般社団法人が行うことのできる事業に制限はありません。



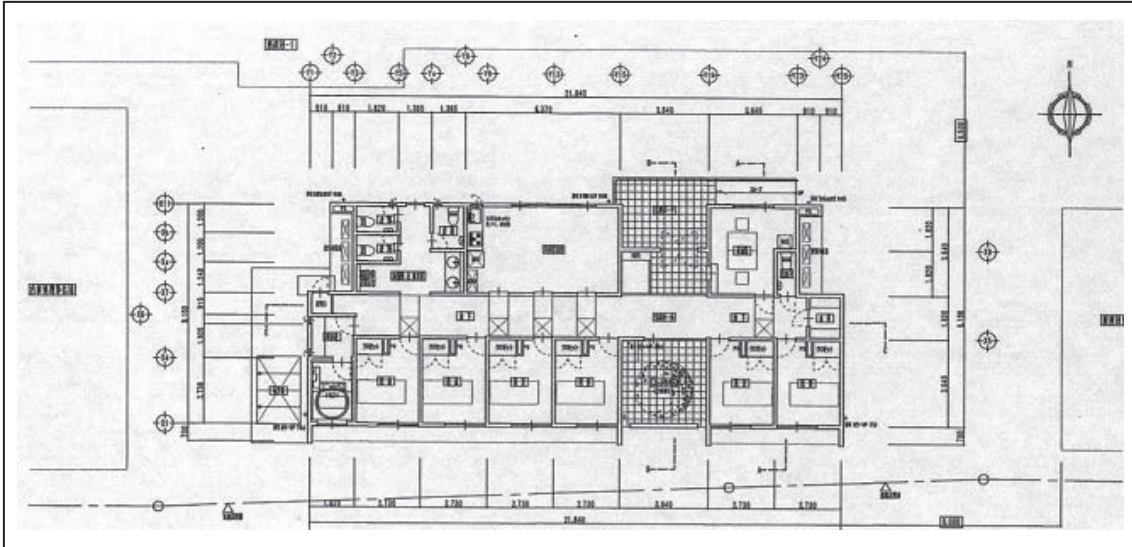
S-1 病棟から 5 メートル程離れた目と鼻の先に敷地内グループホームを設ける予定で、「そこに行きませんか」という問いかけを行うために患者にアンケートを採ったところ、「この場所であれば行ってもいい」という回答を複数人から得た。

ところが、建築基準法ではグループホーム建設予定地の東側にある給食棟に屋根があるため道とは認められないことがわかり、グループホームの建築は一旦、座礁に乗り上げる形となった。

そこで借地をして新たに道を造成できるスペースを確保し、建物にアクセスできるように整えた。しかし、そうすることにより借地の部分は敷地外での建築物ということになってしまうため、考えた末、グループホームではなくシェアハウス、つまりアパートを建築することに変更となった。

アパートとグループホームの違いについて：

アパートの場合は 65 歳以上の人でも自由に翌日からでも入居できる。保証人は不要である。一方、グループホームの場合は 65 歳以下でなければならず、手続きも複雑化する。障害支援区分サービスの下、障害福祉サービスのケアプランを立てる場合、通常 1 カ月半から 2 カ月の時間を要す。その間に、やっと退院して移ってもいいと承諾してくれた患者の気が変わることも懸念されるため、迅速に行動できるシェアハウスの建築を決意した。(平面図、参照)



個室が全部で 6 部屋(6 床)あり、全員で食事をとることのできる場所と事務所が確保されている。元々、予定していた敷地内グループホームのレイアウトを全く変更せず適用した。

管理責任者として 2 名、10 床削減した病棟からの看護師を 1 名、合計 3 名を配置する予定である。



こちらがシェアハウスの完成予想図である。病棟のすぐ目の前に建築されるので、常に退院予定の患者に身近に感じてもらい、アピールできるものとする。

共同住居(シェアハウス)施設整備資金計画書

建築費	
共通仮設費	3,100,000円
建築主体工事費	30,100,000円
電気設備工事費	5,800,000円
給排水衛生設備工事費	5,800,000円
現場管理費	1,784,000円
一般管理費	2,416,000円
小計	49,000,000円
設計監理料	3,000,000円
消費税	4,160,000円
総合計	56,160,000円・・・A

建築費は約 5,600 万円と見積もっている。

設備整備費

6人～8人ダイニングテーブル	
椅子セット	200,000円
食器棚	40,000円
電子レンジ	40,000円
食器類(丼・カップ・皿)	
電磁調理器等	30,000円
事務机3つ	86,400円
ソファ	100,000円
TV60インチ	300,000円
電話機コードレス	13,000円
ピンク電話(公衆)	110,000円
マットレスベット	180,000円 (30,000円 × 6台)
防災カーテン(館内)	150,000円
居室・事務所・食堂	
掃除道具一式	20,000円
掃除機	10,000円
	1,269,000円
消費税	101,520円
	1,370,520円・・・B

上記は電子レンジなどをはじめとする設備の経費のリストである。合計で約 137 万円という見積りになった。

共同住居(シェアハウス)施設整備資金計画書

(税込)

① 建築工事費	52,920,000円
② 設計監理料	3,240,000円
③ 設備整備費	1,370,520円
合 計	57,530,520円

資金内訳

銀行借入	56,000,000円
自己資金	1,530,520円
合 計	57,530,520円

診療報酬益見込み額

(平成29年4月よりS第一病棟48床算定開始 45人平均で算定)

- ① 年間収益見込み (82,125,000円)
算定根拠(45人 × @5000円 × 365日)

共同住宅(シェアハウス)施設整備資金計画書において、地域移行機能強化病棟の導入により約8,000万円の年間収益を見込んでいる。勿論、48床が満床になるに越したことはないが、計算上は45人平均 × 365日 で試算している。

施設整備及び事業会計含めた収支予算

収益

診療報酬益	82,125,000円
事業会計収益	2,310,000円
収益計	84,435,000円・・・①

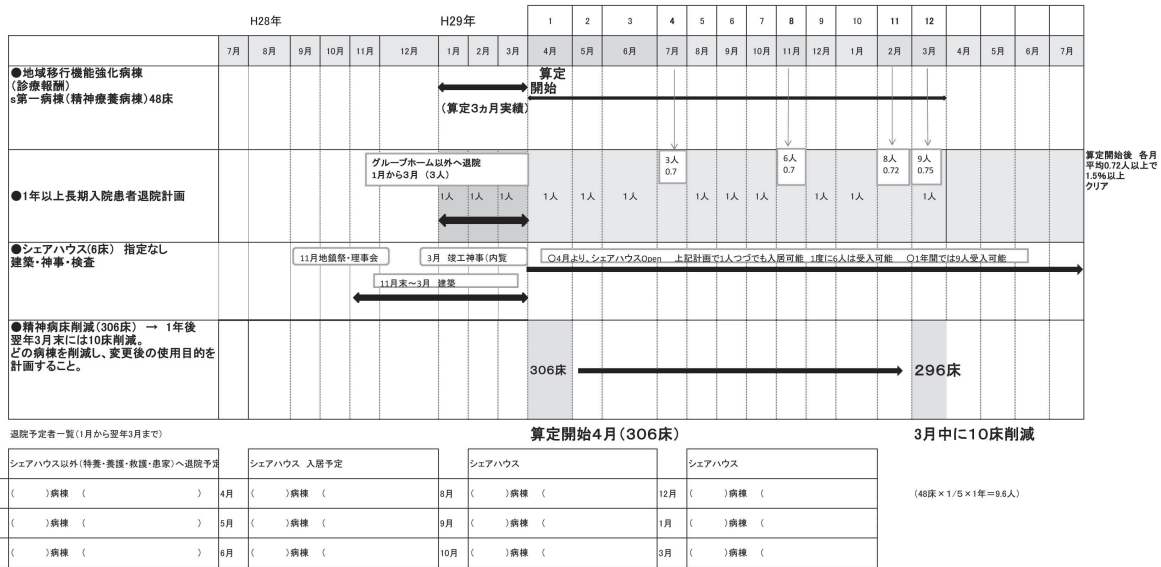
費用

施設整備費計	57,530,520円
事業会計費用	2,677,000円
費用計	60,207,520円・・・②

差引当期利益 ①－② = 24,227,480円

施設設備及び事業会計含めた収支予算では、シェアハウスの建築費用がかかるため、差引当期利益が 2,000 万円ほどの収益しか期待できない。しかし、積善病院の将来への不安から、生き残りを賭けシェアハウス建築という施設整備を行うことになった。

施設整備(シェアハウス)タイムスケジュール



実際に地域移行機能強化病棟が稼働するのは平成29年4月からである。算定開始以前に3人の患者が退院していなければならない。シェアハウス完成後の4月から随時1人に退院してもらう予定である。当該病棟の病床数は48床なので、算定期間の退院患者数は10人である。算定開始前の退院者数と合計すると13人となる。

結果的には306床が296床になり10床減ることになる。

当該入院料の実施期間は1年間とする。

積善病院にとって最も困難であったことは、退院先が殆どないため、先ず退院先を確保することであった。次に、いつ誰がどのタイミングで移動するかということ細かく計算して計画しなければならなかった点である。1月は誰、2月は誰というように、全てが詳しく決められている。退院する場所も計画的に考えられている。「自宅ではなく施設です」と該当する患者本人に具体的な説明が行われた。当該患者が肺炎などに罹るといふ不測の事態さえなければ、実行可能性は高いものとする。

IV. まとめ

まとめ

- 地域移行機能強化病棟入院料の病棟を作るには退院先を探すのが大変。病院がコントロールできる施設が必要。
- 退院先の問題点としては65歳以上の人は特に困難。
- 一人一人の具体的な計画を作ることが必要。
- 病棟の機能も特性を持つことができる。
- 二年目以降はシェアハウスを多くの目的で使用することも可能。

積善病院では、退院先を探すことが困難である。また、病院がコントロールできる施設が必要ということでシェアハウスを建築することに至った。シェアハウスなくして地域移行機能強化病棟を導入することは考えられなかった。

65歳という年齢がひとつの障壁となり、グループホームであれば入居できなかった人もシェアハウスにすることにより、この年齢の障壁を取り払うことが可能となった。

個々の具体的な計画を策定することが重要であった。

病棟機能も特性を持つことができる。

シェアハウスはアパートとしての機能を持つので、二年目以降は他の目的でも随意に利用することが可能である。

おまけ

- 今回、シェアハウスに退院する人については障害福祉サービス計画・医療サービス計画を作成し、その後の障害福祉・医療を行っていくように努める。

今回、シェアハウスに退院した人については、地域移行、地域定着支援事業を利用している。



訪問医療を受けている江原先生の患者さんの自宅の畳に刺繍された鯉。患者さんはこの鯉のようにお元気とのこと。積善病院も岡山県の名産、い草の畳の上を生き活きと泳ぐ鯉のように、新しい試みに積極的に取り組まれていることが伝わる発表であった。

以上

事例報告Ⅱ：医療法人慈和会大口病院 永田雅子先生

I. 現状について

1. 自院の地域特性・未来予想・需要予想

医療法人慈和会 大口病院

昭和29年9月開設

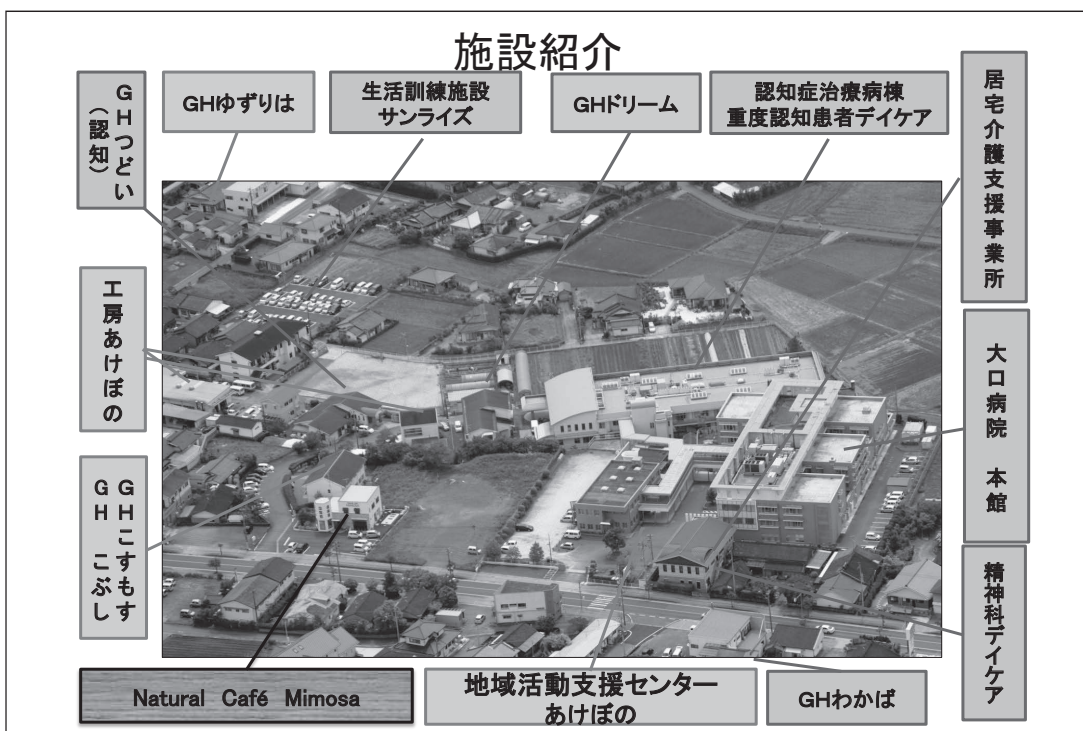
開設者 永田雅子
管理者 工藤英二
診療科目 精神科 心療内科 内科

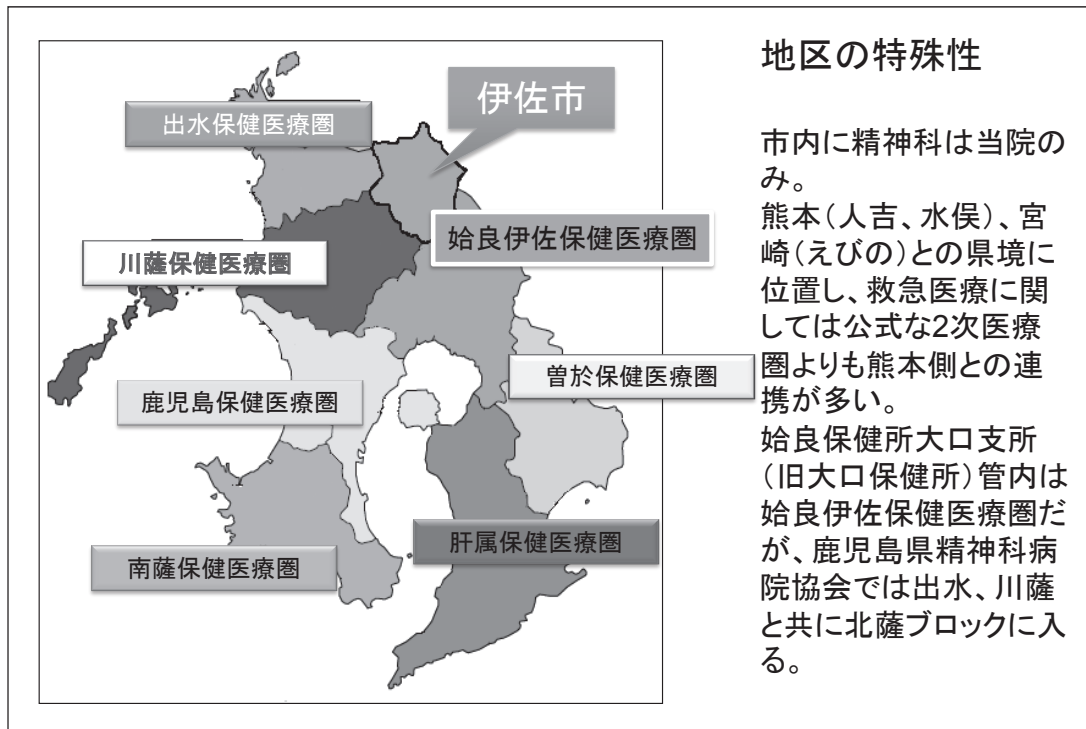
精神病床205床(指定病床10床)

病棟機能
精神病床(15:1 看護配置加算 看護補助30:1) 45床(保護室3床)
精神療養病棟 60床
認知症治療病棟1 100床

施設基準等
精神科作業療法、精神科デイケア(大規模50)、精神科デイケア(小規模)、
精神科ショートケア、精神科デイナーケア、重度認知症患者デイケア(25)

心神喪失者等医療観察法に基づく指定通院医療機関
障害福祉サービス(居宅介護・行動援護・重度訪問介護)





大口病院の診療圏は鹿児島県伊佐市、霧島市東部、湧水町、さつま町北部が中心でその他に出水市、薩摩川内市、熊本県水俣市、人吉市からの通院があるが、いずれも高齢化が進行しており、伊佐市は高齢化率39%、過疎・人口減少が顕著である。周辺の高齢者人口はすでにピークに達しており、今後は高齢者の中でも後期高齢者の割合が増えていく。介護保険施設はほぼ充足しており、特に1～2年ほど前から特別養護老人ホームの待機期間も短縮してきている。

- 人口減少・過疎が深刻。
 現在約2.7万人(合併時の平成21年は3.1万人)
- 高齢化率39%
- 公共交通機関がほぼ皆無のため、運転できない人は通院のために医師会で運用する「特定病院通院バス」か、デイケア送迎バス、タクシー利用ということになる。
- 介護保険施設は比較的充足していると思われる。
- 介護職の高齢化、人材不足が顕在化している。

- 近隣精神科病院は認知症治療に特化しつつある。
 →周辺の市町村から通院患者もいる。

病棟運営上の課題

- 新たに発生する1年以上入院患者は基本的に認知症。
- 認知症以外の疾患でも高齢者ばかり。
- この2～3年は介護保険施設の待機期間が短くなってきており、時期によっては申し込み直後に入所可能になることもある。
- (昨年度は市内の特別養護老人ホームが改修中であつたため、一時的に待機期間が伸びている。)
- 地域移行実施加算は毎年算定しているが、退院できそうな人は枯渇してきている。
- 50代以下の患者は3ヶ月以内に退院する人と重症で長期化する少数に二極化。
- 過去に16床削減した際に1年間赤字であつた。

統合失調症の歴史的長期入院患者は確実に高齢化しており、10年もすれば半数程度になるのではないかとと思われる。

平成26年度に入院した患者で1年以上入院に至った患者はほぼ全員が身体合併症のある認知症であり、認知症以外の患者も高齢者であつた。比較的若い患者は全て1年以内に退院しており、今後も同様の傾向が続くとすれば、長期入院患者がいなくなった分だけ空床が増えていくと思われる。

2. 地域移行機能強化病棟入院料の届出理由

5年後までには

- 地域の高齢者数自体は不変または微減だが、後期高齢者数が増える。
- 介護施設、認知症治療病棟はあっても、働き手が足りなくなる。
- 障害福祉サービス利用者の高齢化がさらに進み、サービス体系の見直しが必要になる。

10年後には

- 歴史的長期入院患者の半数程度は亡くなる？

- 長期的展望として・・・
 - 必要病床は2／3程度になっていくのではないか。
 - ダウンサイジングしても健全な経営をしていくための助走を始めないといけない時期になっている。
 - 救急病棟は地域性からして不可能。
→将来的には
急性期病棟32＋精神療養病棟60＋認知症治療病棟60
としたいところだが、ペースを誤ると大赤字になる。
- 平行して
- 自前の障害福祉サービスを再構築して、他の精神科病院からの退院者や養護学校卒業生受け入れを増やす。
 - 他の介護保険施設、障害者施設、在宅患者へのアウトリーチの枠組みを作り上げる。

この5年ほどで病床削減を進めてきたが、マンパワーの問題も深刻となり、病床利用率90%程度で運営を行ってきた。すでにある空床を削減することが施設基準変更につながるのであれば、運営上有効と考え、届出の検討を始めた。

平成27年度の状況

- 入院患者数：16.8人/月
- 退院患者数：16.3人/月
- 平均在院日数：328日（平成21年度 406日）
- 外来患者数：90.6人/日
- 訪問看護：162件/月
- 新規入院患者のうち 1年以内退院 52%
 転院（他科含む） 24%
 死亡 6%
 1年超入院継続 18%（ほぼ全員が認知症）

- 平成27年度病床稼働率 91%
→要件クリア
- 検討開始時点での1年超入院患者102人
- 過去3年間の1年以上入院患者の退院数 平均40人
- 地域移行機能強化病棟実績算定可の退院数 平均18人
→うまくいけば、1年程度算定できそうだが、現実的には10ヶ月程度か。
各病棟からバラバラに退院していく患者を当該病棟に可能な限り集約するのが必要。

3. 退院候補者リスト化の基準

以前から毎月開催していた「地域移行会議」では「5年以上入院患者」「1月以降に5年以上となる患者」などのリストを作成し、病棟で検討した内容を会議でさらに検討するというシステムがあった。また関連施設の空室状況、入退所予定なども同時に議題に挙げることになっている。そこで1年以上を同様に対象として、家族の支援状況、経済基盤等把握して退院候補者とした。

- 精神療養病棟60床を地域移行機能強化病棟に変更すると
人員

看護師	7名→7名
准看護師	10名→10名
看護補助	7名→7名
作業療法士	1名→1名
精神保健福祉士	1名→3名
- * 算定終了後の余剰PSWは生活訓練施設、地域活動支援センターに振り分ける予定。
- 当初は平成28年度後半に算定開始を希望していたが、PSWの急な退職があり、退院患者の計画もやり直している。

4. 収益シミュレーション

対象病棟のみで考えると、諸般の事情により 60 床中 55 床程度で運営していたが、60 床満床として施設基準変更すると月あたり約 900 万円程度の増収となる。施設基準変更のためにハード面の変更は不要。

患者の転棟により精神病棟の回転が良くなり、今まで即日入院できずに断っていた患者を受け入れ可能となる。病床削減自体はすでに空床の部分を削減するので収入に影響はないと考える。

収益に余裕が出た分は障害福祉サービス GH の一部改装に充て、高齢化に対応する予定。

- ・対象病棟のハード面変更なし。
- ・エレベーターのある GH を増室。100 万円程度。
- ・別の GH の浴室バリアフリー化。200 万円程度。

- ・ 病床削減する分、在宅医療と同時に障害福祉サービスの収入増を図らないといけない。

* 障害福祉サービスは儲からない、病院から補填してもらえば良い、というような意識が一部職員にあるのは事実。

→しかし、生活訓練施設など収支改善が顕著な部門もある。

他分野の障害者施設は障害福祉サービスのみで収支が成り立っていることを考えると、医療と福祉で相互に良い影響が出るような仕組みが作れると考える。

5. 将来構想(10年後)

地域移行機能強化病棟入院料を算定後に 15 対 1 精神病棟を急性期治療病棟に変更できるように検討していく。10 年後には急性期病棟 32 床(状況によっては 39 床) + 精神療養病棟 60 床 + 認知症治療病棟 60 床としていきたいと考える。

- ・ 医療の質を高め、自立を支援すればするほど、長期入院患者は減る。

- ・ 人口もどんどん減っていく。

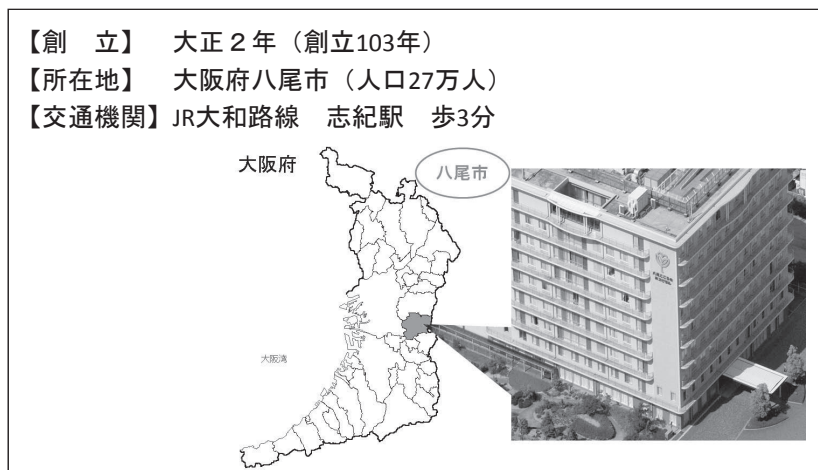
→どうあがいても、将来的に大幅な病床削減は避けられない。

- ・ ソフトランディングのために収入減少緩和の手段があるうちに取り組みたいという思い。

以上

I. 現状について

病院概要 ①



大正 2 年に創立された歴史の長い病院であり、最寄り駅から 3 分という便利の良い場所にある。所在地の大阪府八尾市は人口 27 万人を有し、人口変動はさほど見られない大阪市近郊都市である。

病院概要 ②

【病床数】 480 床	
本館(平成 18 年築)	
・精神科急性期治療病棟1(医師配置 16:1 加算)× 1	56 床
・精神療養病棟× 2	110 床
・精神病棟入院基本料 15 対 1× 3(出来高の病棟)	163 床
・地域移行機能強化病棟× 1	60 床
北館(昭和 62 年築)	
・認知症治療病棟 1× 2	91 床

9 階建ての本館は 7 病棟あり、うち 1 病棟が地域移行機能強化病棟、北館は 3 階建てで 2 病棟を有する。

病院概要 ③

精神科デイケア大規模 3 単位
重度認知症患者デイケア 2 単位
精神科作業療法
認知症患者リハビリテーション
認知症疾患医療センター

病院は上記 5 項目で運営されている。4 項目目の認知症患者リハビリテーションは認知症疾患治療病棟に於いて行われている。

病院概要 ④

[付帯施設]

清心会メンタルクリニック(近鉄八尾駅前)

ちのくらぶ

地域活動支援センター I 型

特定一般相談支援事業所

就労継続支援事業所 A 型

自立訓練事業(JR志紀・近鉄八尾の計 2 ヶ所)

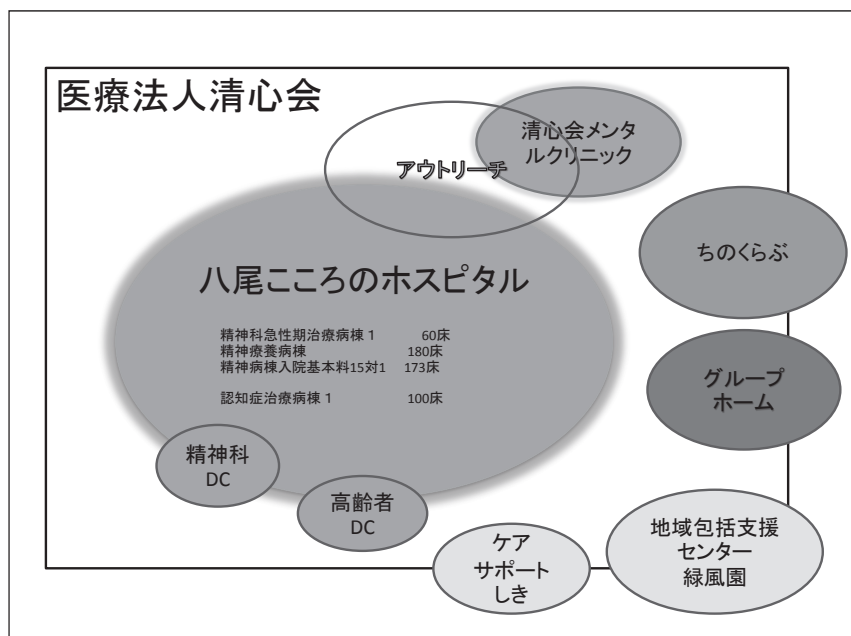
八尾こころといのちの相談(自殺対策支援事業)

グループホーム「わたぼうし」「青松園」

地域包括支援センター「緑風園」

JR沿線にある病院の付帯施設として、サテライトクリニックが近鉄沿線に 1 ヶ所ある。「ちのくらぶ」は、八尾市委託の地域活動支援センターとして自殺相談も行われている。住居施設(グループホーム)は 2 ヶ所、それぞれ 12 床、合計 24 床を有している。また、八尾市委託の地域包括支援センターもあり、市内で唯一の精神科として八尾市との強い繋がりがある。

下記は医療法人清心会の構成図である。アウトリーチを重視し、クリニックと病院との両方で展開している。



病院概要の現状(平成 27 年度)

外来患者数(DC 含む)	250 人/日
初診数	1524 人/年
入院者数	804 人/年
退院者数	802 人/年
平均入院患者数	437 人/513 床
病床利用率	85.2%
平均在院日数	204 日

平成 27 年度のデータであるが、平均入院患者数が 513 床に対して 437 人、病床利用率 85.2%と、かなり低くなっていることが問題である。

従業員数(常勤換算)

医師	17
看護師(準看含)	195
看護補助	51
作業療法士	20
精神保健福祉士	43
その他	87
合計	413

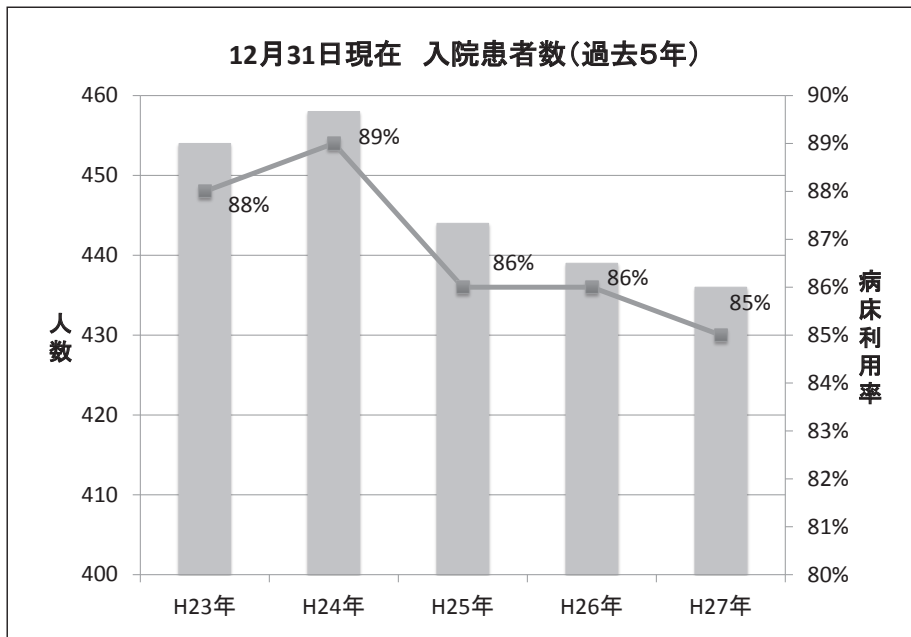
看護補助については採用が難しく、上記の通り、看護師が多く看護補助が少ない。そのため、補助の仕事まで看護師が負担している状況にある。

入院患者数の動向(平成 24～27 年)



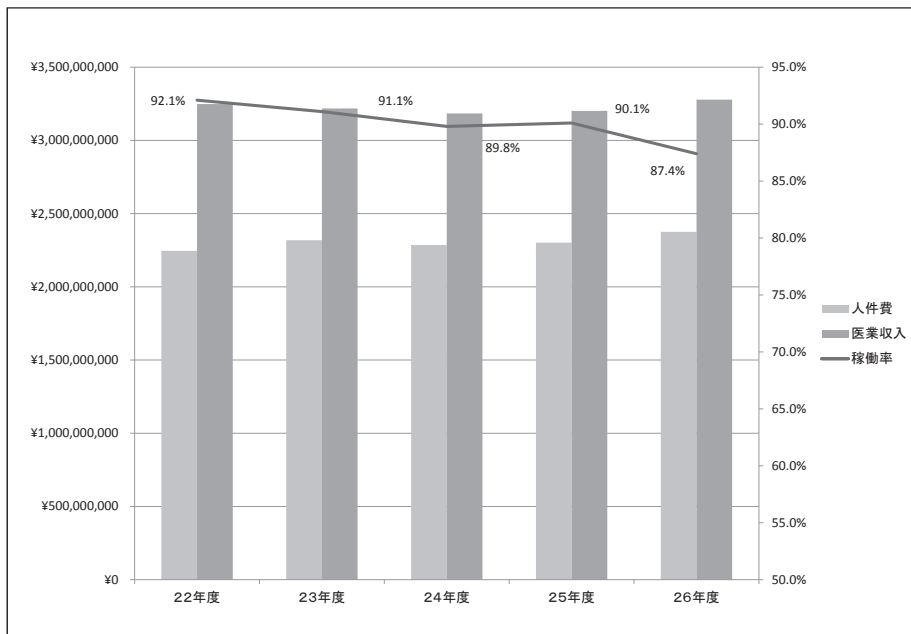
3 年間の月単位の変化を示すグラフによると、毎月かなりの上下があるものの、全体的には右肩下がりの傾向にあり、入院患者数がどんどん減ってきたことが伺える。

入院患者数の減少



過去5年間に亘り、年末に纏められたグラフである。毎年1%程度の入院患者数が減少し、病床利用率が下がっていることが確認できる。これはゆゆしき問題である。

医療収入と人件費の比較



医師配置加算(16:1)を導入する等の様々な努力が行われたが、問題は人件費であるとの認識も明確になった。人件費の増加が確実に起こっている一方で、医業収入がどんどん減少し、切迫した状況になった。

現状の要約 1

- ・当院は、平成 13 年以來 15 年間 513 床の病床規模を維持してきた。
(過去最大は 605 床)
- ・病床数(入院者数)の維持が必要であったのは、精神科病院の医療経済
(診療報酬制度)が、基本的スケールメリットに依存したものであるからである。
- ・しかし病床利用率は次第に低下してきた。これは新規入院者の早期退院の実現と、長期入院患者の高齢化(死亡、合併症転院)が原因である。

スケールメリットを基本に、15 年間、513 床の病床数を守ってこられたが、早期退院の実現と長期入院患者の高齢化、この2つの要因で病床利用率が低下してきた。

現状の要約 2

- ・急性期治療病棟(医師 1:16 加算)、認知症治療病棟、精神療養病棟などの病棟機能分化等で増収に努めてきたが、人件費増加との追いかけ合いは限界に近づいている。
- ・病床利用率の減少は収入の低下となり、また医療の高度化やサービスの充実の必要のために職員数は増加し人件費は増大している(人件費率 73.1%)
- ・外来患者数は増加しているが、外来収入は全体の 20%程度であり、増収への効果は少ない。

2 点目に挙げられている人件費率 73.1%は、経営的には危険な比率と言われている。

地域移行機能強化病棟の導入へ

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が導入されたのを受け、当該病棟の採用に踏み切った。

II. 地域移行機能強化病棟を導入した理由

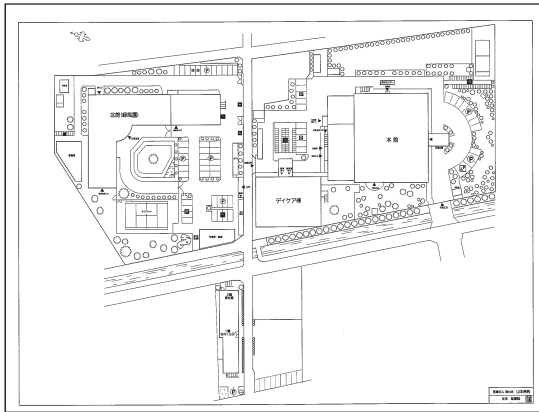
- ・入院医療という形態で精神障害者の生活を含めたケアを行うことによって、他科に比して圧倒的多数の精神科病床があることは本質的に不自然で無理があると考えていた。
- ・長期入院者の合併症・死亡による退院が増加し、入院者を増やす努力を行っても病床利用率が低下し、今後もそれが続くことが予測された。そのため有効な減床の方向を検討していた。
- ・病院敷地の 40%が借地であり、その部分の病床(91 床)を減床できれば、借地料が解消できる。

八尾市には 3 つ総合病院があるが、それらと比較しても大きい病床数を抱えていた。この点が、先ず本質的に不自然で、無理があると考えた。

次に、長期入院(12 ヶ月)していた患者一人が退院した後、新規に入院してくる患者は直ぐ退院する。それを埋め合わせるために、3 か月入院する患者を 4 人とすることは大変なことと実感した。そして、その傾向はこれからも変わることはないと思われ、病院側から能動的に有効な減床の方向を検討した。

3 点目は独自の事情だが、敷地の約 4 割が借地という点である。現在、認知症疾患治療病棟が 2 棟あるが、この借地の部分を整理して借地料の問題を解消したいと考えている。

病院平面図と航空写真



左側の敷地を借地として 103 年間利用してきたが、今後、整理していきたい。

Ⅲ. 地域移行機能強化病棟の基準

- 1) スタッフ配置は精神療養病棟と同じ。ただし看護師、准看護師以外に作業療法士、精神保健福祉士がカウントされる。
- 2) 専従の精神保健福祉士が 2 名(入院数が 40 以上の場合は 3 名)以上配置されていること。
- 3) 届出時に、病床利用率が 90%以上あること。(下回る場合は許可病床数を減らすこと)
- 4) 当該病棟からの 1 年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の病床数の 1.5% 以上であること。(60 床だと 0.9 人、年間 10.8 人)
- 5) 病院全体で、1 年あたり、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。(60 床だと 12 床)
- 6) 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。
- 7) 平成 31 年度までに新規の届出を行うこと。

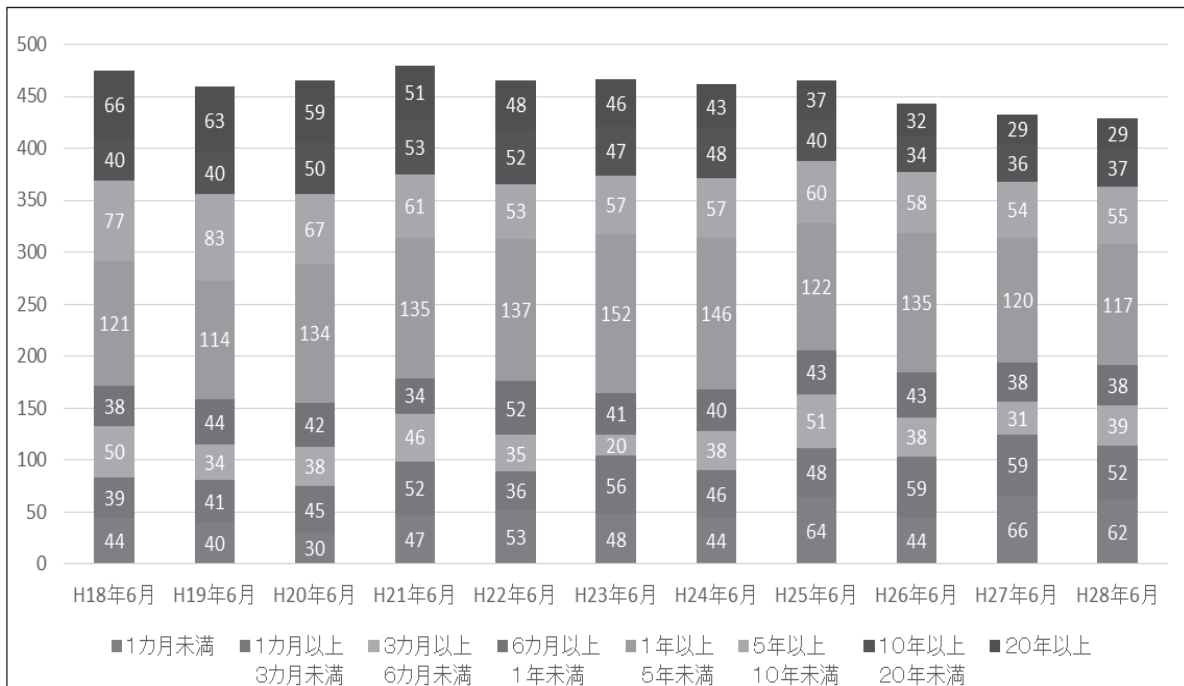
病床届出の時点で、専属の精神保健福祉士が 50 床の病床の場合は 3 人必要である。また、届出時に病床利用率が 90%以上ない場合は病棟を減らして 90%にする。退院については、60 床の場合は年間 10.8 人、つまり 11 人を退院させなければならない。

Ⅳ. 実際の導入にあたって (その背景の確認)

- ・精神保健福祉士は、基準以上の採用を行っており、強化病棟へ 3 名の配属が可能である。
- ・病床利用率は 85.2%しかなく、基準の 90%にするために 33 床の減床が必要。
- ・1 年以上の長期入院者の退院実績は年間 10.8 名以上あり、これを継続できる見込みあり。

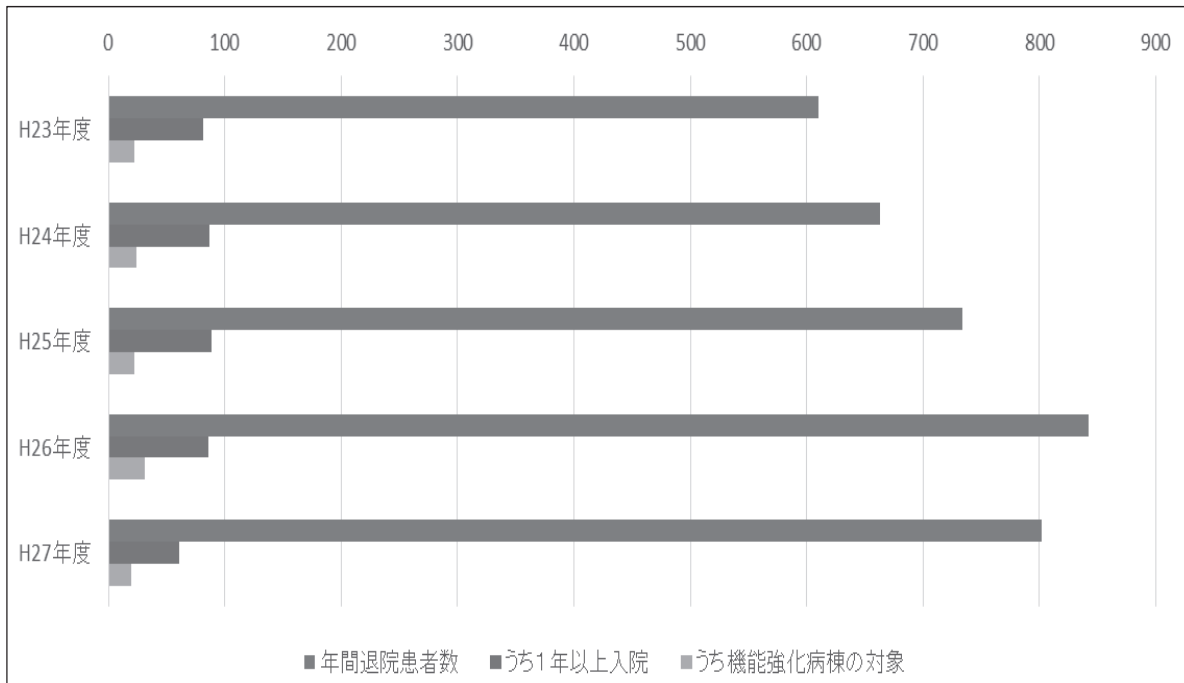
実際の導入にあたり、上記のとおりの確認がされた。精神保健福祉士については幸い、基準以上の採用が行われていたうえ、元々、1 名の配属があったので残り 2 名の配属が必要であったが、これも実行可能なものであった。

在院期間別患者数について



在院期間が1年以内の患者は増えているが、5年以上の患者はかなり減っている。1年以上5年未満の患者は未だかなりの人数がいる。

年間退院患者数について



年間退院患者数は年間 800 人程度ある。在院期間が1年以内の患者は 50～80 人と 100 人近くあるが、当該病棟の患者退院先カウントの対象が「自宅か住居型施設への退院」であるという点を踏まえると、15～20 人はここ数年間において退院があったことが確認でき、今まで通りの退院計画支援で退院数を維持できるとの見通しを立てることができた。

V. 実際の導入に際して

- 1) 精神療養病棟のひとつを地域移行機能強化病棟に変更。
- 2) 実施期間は 5～7 年程度を想定。
- 3) 病床利用率 90%にするため、その他の 8 病棟の病床を 4～6 床ずつ、計 33 床減床。
- 4) 強化病棟に精神保健福祉士を 2 名増員。看護スタッフは現状のまま変更なし。
- 5) 地域移行推進管理委員会の設置。

- 1) 病棟の選択にあたっては施設基準が一緒であるため、3 棟あった精神療養病棟のひとつが地域移行機能強化病棟に変更された。
- 2) 91 床分減らすことになる、数年かけて実施する必要があると考えられた。いつでも取り下げができるという逃げ道は排除して臨んだ。
- 3) 病床利用率を 90%にするために、減床については少しずつ減らす形で実施していった。
- 4) 看護スタッフの変更を検討したが、実行できなかった。新しい基準では精神保健福祉士を看護スタッフのカウントに入れることができるが、実際には今までのとおりの看護業務を行っていくうえで、看護独特の専門職を他部門の職員が理解し行っていくには現実的に無理があるため、結果として増員となった。

地域移行推進管理委員会について

- ・地域移行機能強化病棟を円滑に運営するために設置
- ・構成メンバー： 院長、副院長、病棟担当医師、看護部長、強化病棟師長、作業療法課長、医療福祉支援課長、病棟 PSW、地域活動支援センター施設長、地域移行支援事業担当スタッフ
- ・開催頻度 月 1 回

地域移行機能強化病棟の管理、運営のために委員会が設置された。これからの病院の在り方への影響が大きいと、キーパーソンの出席が不可欠と考える。

地域移行推進管理委員会の業務について

- ・退院可能者リストの作成と共有
- ・入院期間が 1 年になる患者の把握と退院の目途の共有
- ・退院時期の判断
- ・円滑な退院計画の実施への助言
- ・強化病棟への転棟の吟味

地域移行機能強化病棟から退院して貰わなければならないため、他病棟からの転棟についての検討が重要になった。

収入予想シミュレーション

現状のままの場合				地域移行機能強化病棟導入後			
	病床数	入院数	収入予測	病床数	入院数	収入予測	差額収益
H28	513	430	2,518,300,000	483	435	2,607,000,000	88,600,000
H29	513	420	2,460,100,000	471	424	2,556,600,000	96,500,000
H30	513	410	2,400,500,000	459	414	2,499,300,000	98,800,000
H31	513	400	2,343,300,000	447	403	2,432,100,000	89,800,000
H32	513	390	2,283,900,000	435	391	2,372,900,000	89,000,000

左側は現状のまま何もせず、513床を維持した場合である。毎年10人ずつ減少という数字を出している。

右側は地域移行機能強化病棟を導入した場合である。病床数は減っていくが、当該病棟が60床の満床運営で、なお且つ他の病棟が90%という病床利用率を達成できた場合という楽観的な数字となっているが、年間8千万円から1億円に近い収益が出るということが予想される。

ここでの留意点は、現状では25億円程度の医業収益があるものの、地域移行機能強化病棟を導入していくと少なくなっていくということである。5年程経過すると23億円程度になってしまう。何もしないよりは収入はあるが、医業収入は下がってしまう。これは人件費の問題があるからだ。今年度、導入して病床数は減らせたものの、人件費は簡単には減らすことができなかったという点が、非常に問題である。

病床の削減計画について

(定床・9割稼働)



5年後まで継続していった場合の90%稼働の数字を右側に示している。今年は432床になるように真摯に取り組んだ。

VI. 地域移行機能強化病棟の実際

平成 28 年 4 月以降の地域移行機能強化病棟の運営実績を表している。

	年代	疾患名	入院期間	強化病棟 在棟日数	退院先	同居人 有無	再入院 有無
1	50	F2	599	3	自宅	無	
2	60	F2	538	1	自立支援住宅	-	
3	50	F2	543	4	自宅	有	有
4	70	F2	500	59	自宅	有	有
5	50	F4	476	1	住宅型有料老人ホーム	-	
6	50	F2	781	1	自宅	有	有
7	70	F0	1036	154	自宅	有	
8	40	F2	795	140	自立支援住宅	-	
9	50	F2	535	1	自宅	有	有
10	70	F0	368	1	自宅	有	
11	60	F3	977	199	自宅	無	
12	40	G10	530	3	住宅型有料老人ホーム	-	
13	70	F0	811	1	サービス付き高齢者住宅	-	
平均入院期間			653				

上のリストは強化病棟から退院された患者さんのリストである。4 月から 11 月の間に 13 人の退院があった。先倒しは可能であるため、今年度については目標達成といえる。

退院した患者の内、1 番多いのが統合失調症圏の疾病で、次いで認知症である。在院期間は最短で 368 日、最長で 1036 日となっている。殆どの患者が 2～3 年間在院しており、超長期の患者はここからは退院していない。

地域移行機能強化病棟の在棟日数について：実際に当該病棟から退院した患者は 3、4 人程度であり、他の患者は 1 日から 4 日のみ、あるいは退院する時に当該病棟から退院してもらおうという形をとったという事実がある。これは国の思惑と異なる現実があったということになる。

当該病棟だけで退院支援はできない。今までも各病棟から退院支援を行ってきたが、当該病棟を導入したからといって「病棟変わってくださいよ。主治医も変わってくださいよ。担当看護師さんも変わりますよ」というのでは、長期入院者の退院支援はできない。

退院先について：施設の場合が数件あるが、自宅が多い。自宅でなお且つ、家族もいるという患者には退院を進め易かったという理由がある。

再入院について：4 名あった。これは好ましくないと考えられるが、長期の退院が見込める患者が退院した。再入院を前提に退院して貰ったわけではなく、また病院側のスタンスとして再入院させたくないが、とにかく社会に戻り暮らして貰うことが目標と考えた。例えば、1 年間入院していた患者が退院後、3 ヶ月で再入院になったとしても、社会と病院を行ったり来たりすることは良くないことではあるが、継続して長期入院のままでいるよりもまだ社会復帰能力が高いものと考えた。

Ⅶ. 実績について

- ・運用 8 か月で 13 名が退院し、今年度の目標値 10.8 人が達成できた。
- ・内訳は、統合失調症圏 8 名、認知症 3 名、その他 2 名である。
- ・入院期間は 368～1006 日で平均 653 日であった。
- ・退院先は、自宅 8 名（同居 6 名）、住居型施設 5 名であった。
- ・退院者のうち強化病棟に 1 か月以上在籍したのは 4 名であり、他の 9 名は数日間のみ在籍であった。
- ・自宅への退院者のうち 4 名が再入院した。

再入院の 4 名については、逆に言えば自宅があるので退院もして貰い易いと考えられる。

Ⅷ. 地域移行機能強化病棟運営の考察

- ・当院が現在まで行ってきた退院支援の方法で目標数は達成できた。
- ・退院者は、超長期入院者ではなく、入院期間 3 年までで、家庭機能が保たれている方が多かった。
- ・強化病棟に転棟して退院支援を行うのは実際的ではなく、便宜的在籍になった方が多かった。
- ・退院者の 30%が再入院となった点に問題が残る。

地域移行機能強化病棟だけで独自に運営するものではなく、病院全体を考えなければならない。

Ⅷ-1. 病院全体への影響について

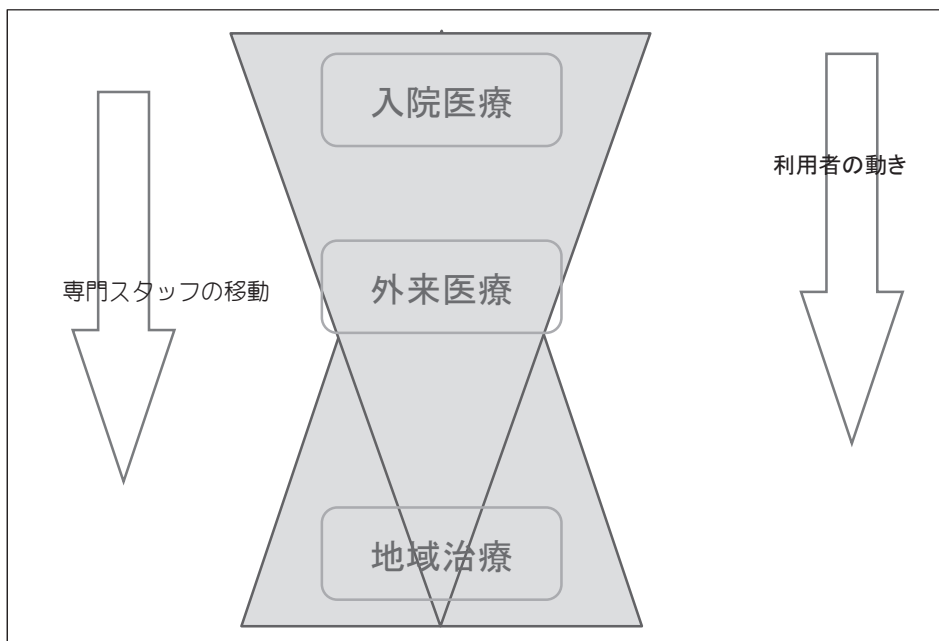
- 1) 病床規模を減少することは、事業縮小との印象を与えやすく、その発展的意味を法人内及び地域に対しても積極的に発信して、理解と協力を得る必要がある。
- 2) 実績でも示したように、退院促進は実際では強化病棟だけで行うものではないので、全病棟がその意識を持つことが必要である。
- 3) また、減床した病床数で病床利用率を保つことは困難があり、全病棟が入院や転棟を積極的に行う姿勢を持たなければならない。

- 1) 病院がダメになってしまうというマイナス印象の是正を、積極的に法人内及び地域に働きかける必要がある。
- 2) 全ての病棟が退院促進の意識を持ち、どの病棟からでも患者を退院させる努力が必要である。
- 3) 非常に重要なことであるが、少なくなった病床で病床利用率を保たなければならないために、どの病棟も今までよりも大変になってくるという現実を見据えることも必要である。特に、入院担当病棟があるわけではなく、どの病棟も入院を取れるような態勢を整えておくことが重要と考える。実際には精神科急性期治療病棟、認知症疾患治療病棟だけでも入院が増えた。また、転棟について、どの病棟でも対応可能という姿勢を持つことが大切である。

IX. 今後の課題

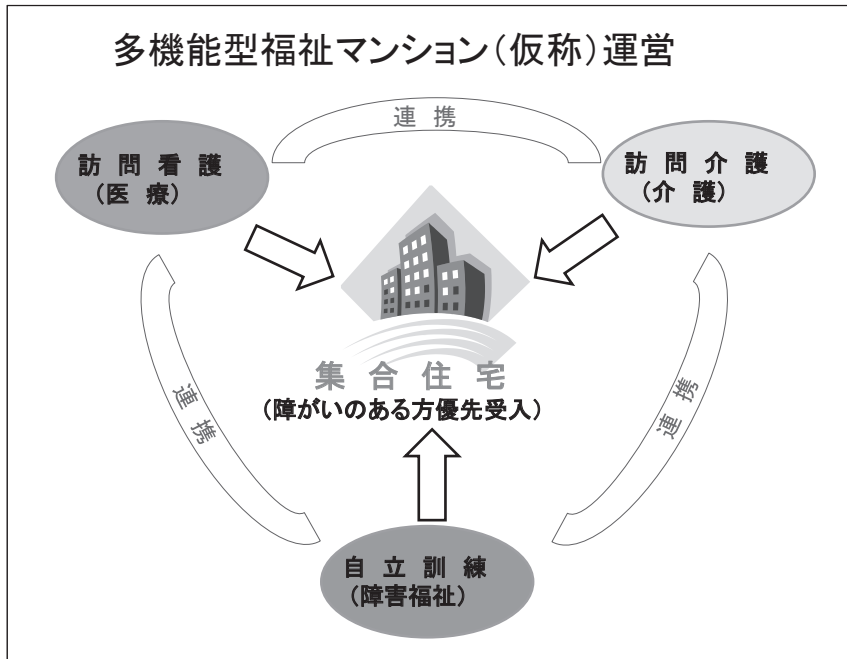
- ・地域移行機能強化病棟の導入で、病床利用率低下による減収にはある程度の歯止めがかけられるが、決して大幅な増収になるわけではなく、スムーズな病床減を行うための手法と考える必要がある。
- ・問題は人件費削減である。各病棟数床の減床を行っただけでは人員削減はできない。数年後病棟閉鎖を行うタイミングで入院部門の人員を削減し、地域活動に振り向けられるかが課題と感じている。

減床を行った時点においては、むしろ仕事は忙しくなるので人員削減は難しい。



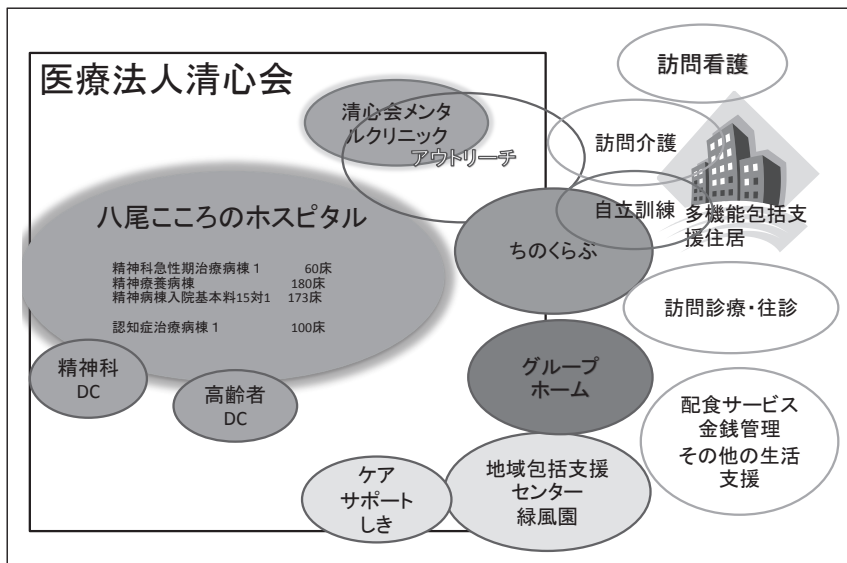
今までは入院医療中心であり、外来医療と地域治療は少なかったが、これからは利用者の動きが上から下に向かうと考えられるため、それに適応した人員スタッフを地域治療に入れていく必要がある。(病棟スタッフを地域治療の現場に配置転換し、人件費の問題を解決できればと考える。)

X. 将来への展望



現在、計画されている障害者を優先受入れする集合住宅を紹介する。これは当該医療法人ではなく、別法人となる。そこにアウトリーチとしての訪問介護、訪問看護、自立訓練の展開と検討中である。

XI. 将来、構築すべきリンケージ(繋がり)



今まであったものに加え集合住宅を作り、訪問看護、訪問介護、自立訓練、訪問診療・往診の他に、新たに配食サービスの提供も模索している。



XI-1. 地域・人とのリンケージ構築

ホスピタルキャラクター 八尾のうぐいす「心ちゃん」

病院PRの成功例を紹介する。創立 100 周年を記念して八尾の地の語源をテーマに設定されたキャラクターを作った。職員、利用者、地域にも意味があるキャラクターであり、愛着を感じて貰うと同時にリンケージ(繋がり)構築にも役立ち、配布物などにも活用され好評を得ている。



昨年は着ぐるみを作り、病院のイベントにおいて子供にも病院を身近に感じて貰うことに役立った。

病院の経営の難しさを感じつつも、楽しさ、遣り甲斐を求めている。地域移行機能強化病棟の導入により、地域の各ステークホルダー(関係者)参加型医療の牽引役も担っている。

以上

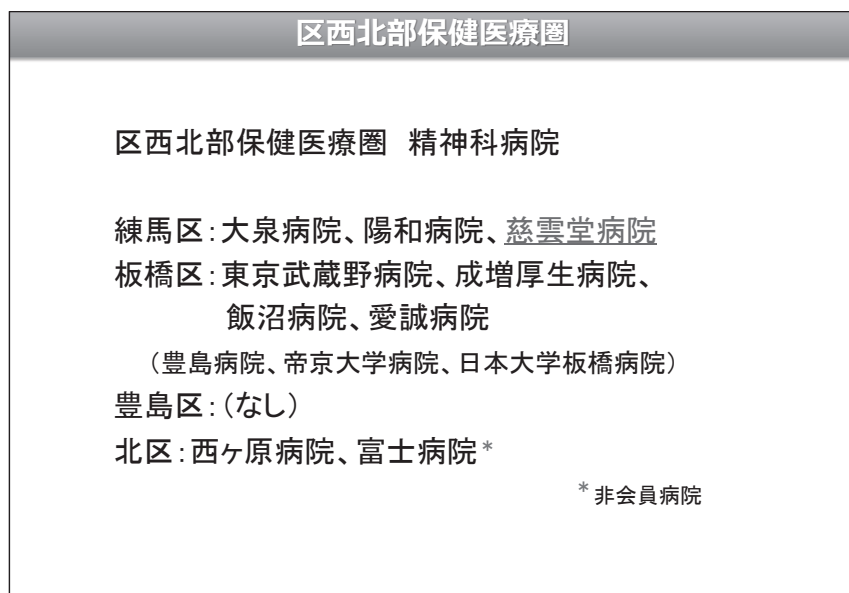
I. 現状について

病院概要

自院の地域特性・未来予想・需要予測



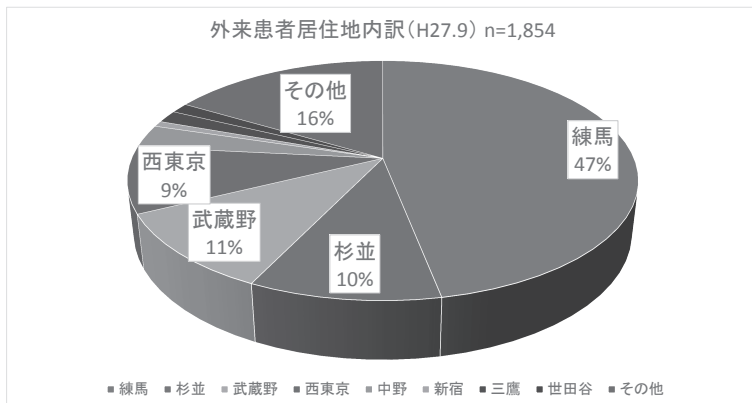
東京 23 区内に位置しており、東京都の二次医療圏でいうと区西北部保健医療圏と呼ばれ、練馬区、板橋区、豊島区、北区がこれに含まれ、人口は 180 万人程の地域となっている。



自院の周囲を多くの急性期対応病院で囲まれており、多くが精神科救急入院料を既に算定している病棟を持っている、もしくは複数の急性期治療病棟を持っているような精神科医療の地域特性がある。

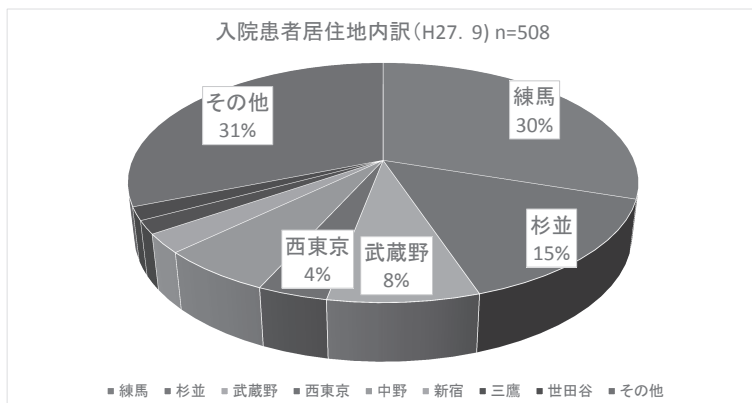
慈雲堂の医療圏

外来患者居住地内訳 (H27.9) n=1,854



慈雲堂の医療圏

入院患者居住地内訳 (H27. 9) n=508



一方で当院の患者調査から、当院を利用する方の主な地域は、練馬区、杉並区、武蔵野市、西東京市からが多く、この地域の人口は平成30年代まで引き続き増加するという予測がある。その為、引き続き精神科医療の需要はあるものと考えられる。

慈雲堂病院の病棟概要

A棟	1階 60床	開放	精神療養病棟
	2階 60床	閉鎖	精神一般病棟(重度慢性期)
	3階 48床	閉鎖	急性期治療病棟
	4階 56床	閉鎖	精神一般病棟(認知症対応)
B棟	2階 50床	閉鎖	認知症疾患治療病棟
C棟	4階 36床	開放	精神一般病棟(合併症)
	5階 30床	—	一般病棟
F棟	1階 70床	閉鎖	精神一般病棟(重度慢性期)
	2階 69床	閉鎖	精神一般病棟(重度慢性期)
	3階 60床	閉鎖	精神一般病棟(亜急性・地域移行)

今年度は、急性期治療病棟を改装して救急入院料の算定、地域移行機能強化病棟の申請を実施する計画。

平均在院日数： 303 日
H27 入院患者数： 617 人
H27 退院患者数： 622 人

II. 経営計画について

慈雲堂病院の長期経営計画

現在の慈雲堂病院の経営計画は、平成20年に作成した「ビジョン90」に基づいて運営がなされている。

それは、創立80周年(平成21年)時に「創立90周年を見据えての当院のあるべき姿」を定めたものである。

その目標を達成するために、毎年度ごとに目標となる主な経営指標(病床稼働率、日当点、差額徴収率)を設定して、年度末の3月31日に「院長ステートメント」として当該年度の運営を振り返りながら全職員に発表。

目的の明確化と職員への周知

前年度末の院長ステートメントで地域移行機能強化病棟導入を検討していることを告知。その後、理事会および社員総会での決定した後は、毎月定例で行っている病院運営会議で役職者中心に導入の経緯と目的を告知し、各部門の会議を通じて全職員へ周知していった。

ビジョン90

慈雲堂ブランドを確立するために“創立90周年”までに達成する10年計画

- ①目標 『都市型精神科総合病院』 『精神科病院のトップランナー』
- ②基本方針
 - ◇患者・家族の満足度向上
 - ◇地域社会への貢献
 - ◇医療の質の向上
- ③行動指針 『心にひびく医療の提供』
- ④スケジュール
 - 第1ステージ 第55期(H22) - 第57期
 - 第2ステージ 第58期(H25) - 第60期
 - 第3ステージ 第61期(H27) - 第64期

将来構想(10年後)

現時点からの10年後の将来構想は未決定であるが、創立90周年を見越しての「ビジョン90」を創立80周年(平成21年)時に作成。複数の救急入院料算定病棟を有し、経常利益は2億円を安定して確保するといった内容であった。

Ⅲ. 地域機能移行強化病棟申請について

地域移行機能強化病棟取得への検討過程

地域移行機能強化病棟取得の背景①

- ・近年、退院支援を積極的に行うようになり、5年以上入院患者を一定数退院させると得られる精神科地域移行実施加算も毎年取れるようになった。
- ・従来ほぼ満床で経過していた重度慢性期病棟に、退院や死亡退院により空床が多くできるようになり、稼働率が低下してきた。
- ・現在運営中の精神科急性期治療病棟をスーパー救急病棟に移行するためのソフト面での基準を満たす見込みが立ってきた。
(先行して医師配置加算の取得を実施中)

地域移行機能強化病棟入院料の届出理由

近年の入院患者稼働率の低下から、届け出を検討した。これまで当院を支えてきた、長期間入院している重度慢性期に相当する患者は高齢化によって次第に数が減り、力を入れている認知症の患者も症状が治まると自院には留まらず、介護関連施設に退院してしまう。急性期治療病棟から慢性期病棟への残留も少なく、重度慢性期の患者が退院して空床になった病床を埋め合わせることが困難となり、

病院運営に必要な稼働率を保つことが厳しくなってきた為である。

移行する病棟の決定要因とプロセス

元々退院支援、地域移行に力を入れていた病棟があり、その病棟を機能強化病棟として変更してゆくことにした。

退院候補者リスト化の基準

上記の病棟、並びに院内の地域移行会議等から、1年以上の入院患者でさまざまな状況を総合的に考慮して、退院可能性のあるものをリスト化していった。

地域移行機能強化病棟取得への検討過程

地域移行機能強化病棟取得の背景②

- ・ベテラン看護師の退職や看護補助者等の職員確保が困難になりつつある。
- ・上記により患者層の変化に対応しつつ将来を見越して、慢性期病棟のダウンサイジングと急性期医療のグレードアップ、それに伴い看護師の急性期病棟への集約化を図る。
- ・急性期治療病棟の半数個室化を行い、救急入院料を早期に算定開始としたい。

上記のような過程を検討し、地域移行機能強化病棟の施設基準、収益をシミュレートし、1年間の期間で実施することを理事会で決定。

職員配置シミュレーション・不足している人員の確保

当該病棟が、69床から60床に減床することもあり、現有職員により人員は確保可能であった。精神保健福祉士の配置も、院内の現有人員の再配置により可能であった。

地域移行機能強化病棟運営

職員配置

	病床数	看護師	准看護師	看護補助者	PSW	心理	OT	計
転換前	69	21	5	6				32
転換後	60	18	5	7	3			33

- * 機能強化病棟への職員配置は現有人員の配置転換で対応
- * 病棟建築年:1973(S48)年 最終改築年:2007(H19)年
- * 届け出に伴う改築等:減床に伴う環境整備(個室仕様4室、廊下壁面の再塗装、照明器具のLED化、セパレート家具設置、応接コーナー設置等)
- * 収益見込み:算定年度は期間3か月(1~3月)、且つ減床(△9床)を伴うため、前年度比減収を見込む。ただし、次年度は9か月(4~12月)稼働予定となるためH27年度比増収となる見込み。
- * 届け出に当たっての課題:稼働率90%の確保

ハード面での環境整備とコストシミュレーション

地域移行機能強化病棟算定予定の病棟は、定床 69 床から 9 床減床し、余剰スペースはアメニティを高めるための改装を行った。それは、病棟壁面塗装、LED 照明交換、病室の仕切り家具設置等である。それらに 600 万円程の費用が生じた。

人事異動の調整

主に看護部門と事務部門(精神保健福祉士の移動に関する検討)で行われた。

収益の概算							
	算定入院料	単価	病床数	稼働率	算定前	算定中	算定後
A病棟	精神一般 15:1	1,490	69	95%	356,494		
	地域移行 機能強化	1,850	60	95%		384,893	
	精神一般 15:1	1,480	60	95%			309,995
B病棟	急性期1 +医師配置加算	2,668	48	90%	420,690		
	救急1	3,484	41	90%		496,853	
	救急1	3,484	41	90%			496,853
					777,184	881,746	806,848

* 人員については、急性期病棟では現状維持程度の人員が必要だが、機能強化病棟では、導入前より5名程度の必要数の削減が可能である。

収益シミュレーション

地域移行機能強化病棟は 69 床から 60 床に減床した上で算定開始になるが、9 床減床しても、稼働率 95%の計算で、地域移行機能強化病棟算定前(精神一般 15:1)より収益は 3,000 万円弱増収となる見込みである。地域移行機能強化病棟算定後(1 年間の計画)に、元の精神一般 15:1 に戻すと、9 床減床の効果もあり、その病棟としては減収となる。

一方で、地域移行機能強化病棟算定中(1 年間)に精神科急性期入院料算定病棟を精神科救急入院料算定病棟に格上げし、その結果、2 つの病棟を合わせた収益は年間で 3,000 万円程増収になる収益の概算である(発表スライドを参照)。

以上

(3) シンポジウム参加者アンケート

シンポジウム参加者 61 名に対し、アンケート調査を実施した。回答数は 51 名。回答率は 83.6% だった。

アンケート結果と分析は以下の通り。

質問 1. 本シンポジウム参加に向けて期待していたことに対して、単一回答では、回答が得られたものの中では、④「病院の構造改革・病床の機能分化の事例が知りたい」の回答が 17 病院(33.3%)と最多であった。

複数回答では、④「病院の構造改革・病床の機能分化の事例が知りたい」、③「退院先確保の取り組み・精神障害者の地域生活を支援する関係機関との連携方法が知りたい」、②「地域移行機能強化病棟入院料の算定に向けたシミュレーション方法が知りたい」の順に回答数が多かった。

しかし、単一回答で「無回答」が 20 病院(39.2%)と最多であり、さらに「未回答」の 10 病院も加えると、30 病院(49.2%)で「本シンポジウム参加に向けて期待していたこと」の内容が示されなかった。

質問 2. 事例報告についての意見や感想については、総じて評価する内容の記載が多かった。特に、届出状況で、②「届出予定または検討中」③「届出の予定なし」と返答した病院からも「内部の情報が開示され、分かりやすかった」「様々なケースが聞けて参考になった」などと評価する意見が多数挙げられ、これらの病院に対して、本シンポジウムが地域移行機能強化病棟届出に向けた動機付けの機会の一つになったものと思われる。

質問 3. 地域移行機能強化病棟入院料の届出についての自院の状況は、③「届出の予定なし」が 27 病院(52.9%)と半数以上を占めていた。更に「無回答」の 1 病院と「未回答」の 10 病院も加えると、38 病院(62.3%)で本シンポジウム開催時点においては「届出の意思」が明確に示されなかった。①「届出済み」あるいは②「届出予定または検討中」の病院は合わせて 23 病院(45.1%)であった。

質問 4. 直近の病床利用率については、90～95%が 23 病院(45.1%)で最多であった。34 病院(66.7%)で 90%以上の稼働率であった。本シンポジウムに参加した病院は、比較的高い病床稼働率が維持されていた。

なお、病床利用率の散布図からは、①「届出済み」及び②「届出予定または検討中」の病院のうち、400 床以上の病院では病床利用率は 90%以下の傾向が、400 床以下の病院では病床利用率は 90%以上の傾向が示された。

また、地域タイプ別 病床利用率の散布図から、①「届出済み」と返答した 6 病院は、1)大都市型、2)地方都市型に属しており(それぞれ 3 病院ずつ)、3)過疎地域型に属する病院はなかった。

質問 5. 届出予定または検討中の場合のうち「移行予定病棟」については、精神療養病棟入院料からの移行を予定・検討している病院が、8 病院(47.1%)と最多であったが、「未定」と「無回答」の

病院が 7 病院(41.2%)であり、届出予定または検討中の病院であっても、本シンポジウム開催時点では、なお移行予定病棟が確定していない病院も多かった。

質問 5. 届出予定または検討中の場合のうち「届出予定月」については、平成 29 年 4 月と回答した病院が 4 病院(23.5%)で最多であったが、「未定」と「無回答」の病院が 10 病院(58.8%)であり、届出予定または検討中であっても、本シンポジウム開催時点では、なお移行予定月が確定していない病院も多かった。

質問 5. 届出予定または検討中の場合のうち「削減予定病床数」については、12 床以下が 8 病院(47.1%)で最多であった。一方「無回答」の病院も 5 病院(29.4%)と一定数認められた。

質問 6. 地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準でメリットと思うものについては、単一回答では、②「既存の空床を削減することで報酬増となる」と③「点数が高い」の回答が 11 病院(21.6%)と最多であった。

複数回答では単一回答と同様に、②「既存の空床を削減することで報酬増となる」と③「点数が高い」を回答した病院が多く、回答数は、②「既存の空床を削減することで報酬増となる」、⑥「いつでも地域移行機能強化病棟入院料を変更前の病棟に戻ることができる」、③「点数が高い」の順に多かった。

しかし、質問 6. においても質問 1. と同様に、単一回答では「無回答」の病院が 20 病院(39.2%)と最多であり、さらに「未回答」の 10 病院を加えると、30 病院(49.2%)で「地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準のメリット」について明確な認識が示されなかった。

質問 7. 地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準で、厳しいと感じるものについては、単一回答では、③「1 年以上の長期入院患者の退院数 1.5%」が 14 病院(27.5%)と最多であった。

複数回答でも、③「1 年以上の長期入院患者の退院数 1.5%」の回答が最多であり、③「1 年以上の長期入院患者の退院数 1.5%」と④「届出病床数 1/5 の病床削減」の回答数が多い傾向であった。

しかし、質問 7. においても、質問 1. 質問 6. と同様に、単一回答で「無回答」の病院が 20 病院(39.2%)と最多であり、さらに「未回答」の 10 病院を加えると、30 病院(49.2%)で「地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準で厳しいと感じる項目」について明確な認識が示されなかった。

自由記載の要望や意見からは、

○今回の事例の病院よりも、さらに小規模の病院や病床利用率がより高いケースのシミュレーションを示して欲しい。

○病院縮小を念頭に経営の安定化を目指す病院の事例を挙げるなど、今後も情報提供を継続して欲しい。

など、シンポジウムや情報提供の継続を希望する意見が挙げられた。

【考察】

本シンポジウムの開催と内容に対しては、現時点で地域移行機能強化病棟の届出を検討中もしくは届出の予定なしとした病院からも、総じて内容を評価する感想・意見が挙げられ、本シンポジウムが、これらの病院に対する一定の動機付けの役割を果たしたものと評価できるのではないかと。

一方で、本シンポジウムの参加病院数並びにアンケートの回答が得られた病院数は限られてはいるものの、本シンポジウムに参加した、本来「地域移行機能強化病棟入院料」への意識が高いと思われる病院であっても、全般的に当該病棟届出に関するさまざまな要件について「細部の意思決定」に至っていないことが示唆された。

これらの背景には、

「地域移行機能強化病棟入院料の認識が不十分である」

「地域移行機能強化病棟入院料への意識や届出への機運が高まっていない」

「地域移行機能強化病棟入院料の算定要件・基準が厳しい」

「地域移行機能強化病棟入院料の算定後の病院経営の見通しが成り立たない」

などの要因があるものと推測されるが、平成 28 年度診療報酬改定で新設された「地域移行機能強化病棟入院料」を多くの病院が活用し、安定した経営基盤が維持された精神科 病院の構造改革を促進するためにも、今後も引き続き、これらの要因に関する調査・分析と課題の検討が必要である。

また、質問 7.「算定要件・基準」の厳しさを問う質問では「退院数 1.5%以上の要件」と「削減病床数 1/5 の要件」を回答した病院が多かったが、これらは「1.5%以上」と「1/5」の数値設定に要因があるのか、もしくは、これらの数値を達成するために必要な「退院先の確保」が困難であるのか、あるいは他の要因も存在するのか、などについても同様に調査・分析と課題の検討を行い、それらの結果を踏まえて、必要な提言と全国の精神科病院への迅速な情報提供を行う必要がある。

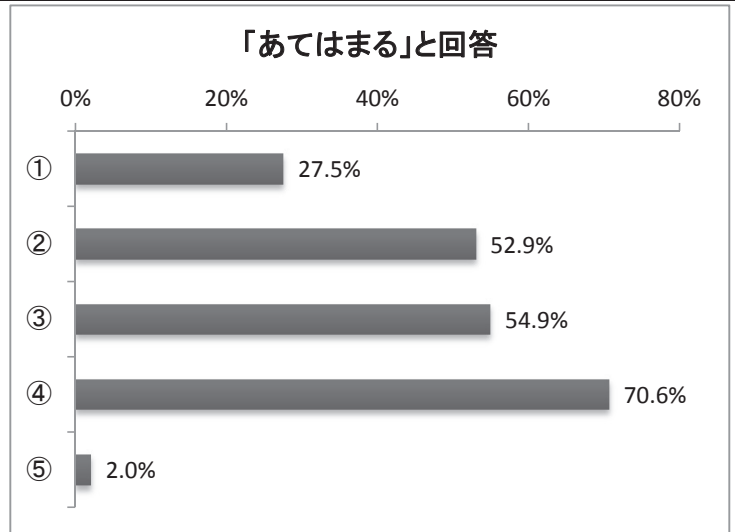
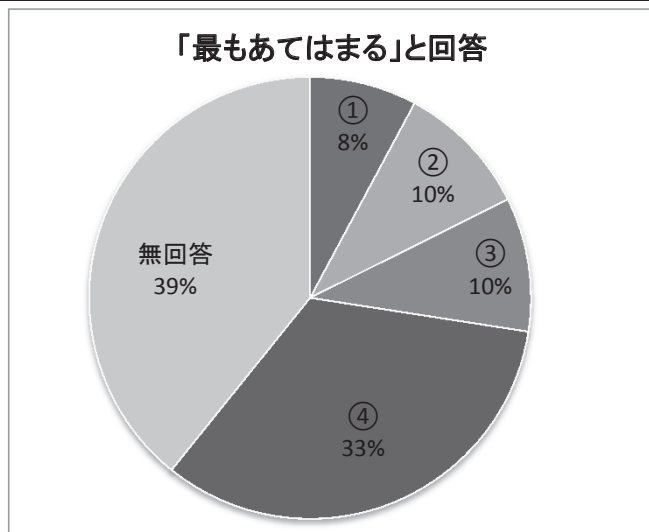
精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウム 参加者アンケート

開催日 平成28年12月3日 13:00～16:00
 シンポジウム参加者 61名／回答51名(回答率83.6%)

シンポジウムに関して

1. 本シンポジウム参加の向けて期待していたことをお聞かせください。

	最もあてはまる (単一回答)	あてはまる (複数回答)
① 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準が詳しく知りたい	4	14
② 地域移行機能強化病棟入院料の算定に向けたシミュレーション方法が知りたい	5	27
③ 退院先確保の取り組み・精神障害者の地域生活を支援する関係機関との連携方法が知りたい	5	28
④ 病院の構造改革・病床の機能分化の事例が知りたい	17	36
⑤ その他	0	1
無回答	20	-
計	51	106



⑤ その他のテキスト回答

届出状況	テキスト
2	PSWの業務(3人程度を配置して、実際は何をするのか?)

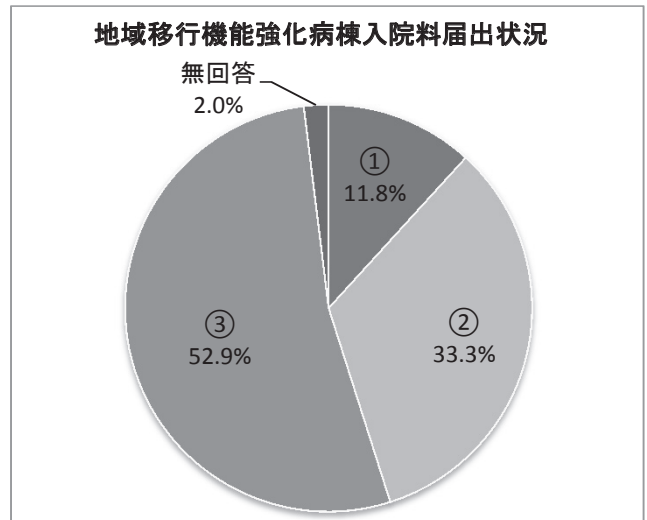
2. 事例報告について ご意見や感想などお聞かせください。

届出状況	テキスト
1	今後見込まれる収益減への対策と、高止まりする人件費のコントロールなどが参考になった。
1	地域移行機能強化病棟の算定終了後の着地点が重要であり、病院全体の病床計画と病棟機能を熟考する必要性を強く感じました。とても分かりやすい事例で良かったです。
1	地域移行機能強化病棟算定が病床削減と直結すること、そして、今後病床削減は当然というように感じました。数年のみ予定しておられることも分かりました。
2	具体的で参考になった。
2	参考になりました。
2	内部の情報も開示頂き、非常にわかり易かった。
2	規模的に近い八尾こころのホスピタル、慈雲堂病院の取り組みが参考になった。
2	長期入院患者の退院の難しさ・取り下げ後の見通し(シミュレーション)、30年改定も視野に入れないと…強化病棟を検討している病院の課題とすでに強化病棟を行っている病院の実績(実際)が知れて大変参考になりました。
2	それぞれ背景の違う医療機関の見解を聞けて、大変勉強になりました。
3	借地である等の要因があれば有益と考えます。
3	様々なケースが聞けて、参考になりました。
3	各病院とも、各病院の実態に即した取り組みをしておられ、大変、参考になった。
3	実例の話も聞けてよかったです。
3	もともと、病床を減らす必要性が有ったり、救急・急性期への転換するための1年間の算定という考え方があるのだなあと感じた。病院のある地域での役割など、よく検討し、算定後どうするのかも考えて検討が必要なのだ。
3	他病院の現状が良く解りました。
3	地域性といい、病院の規模といい、最も参考となった。(事例報告Ⅱ)

地域移行機能強化病棟入院料の届出について

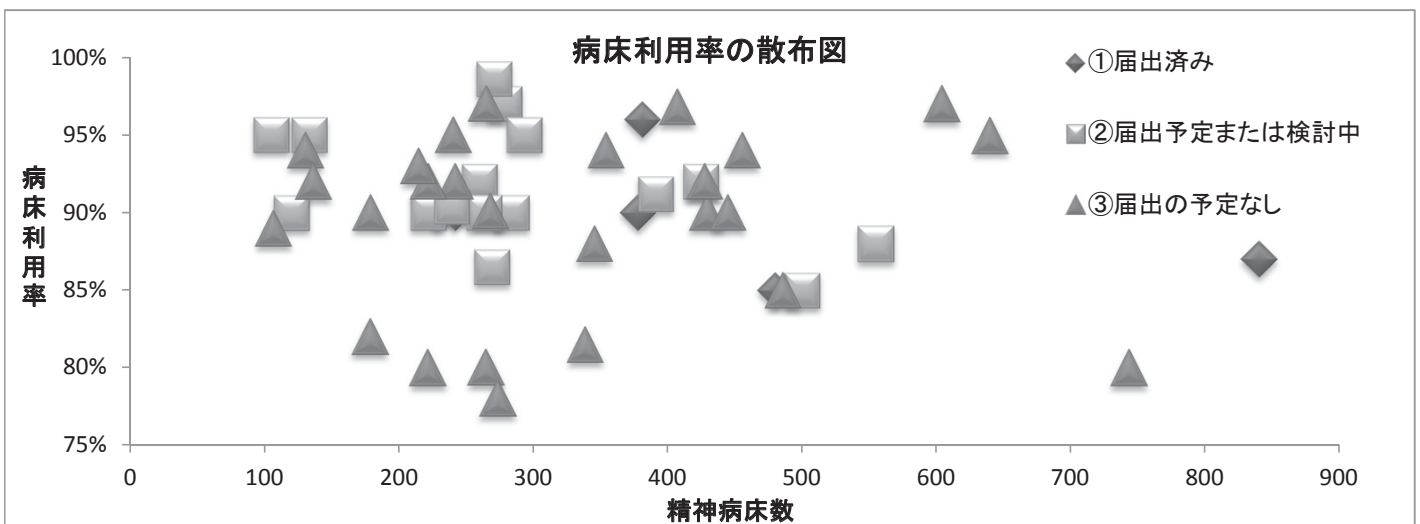
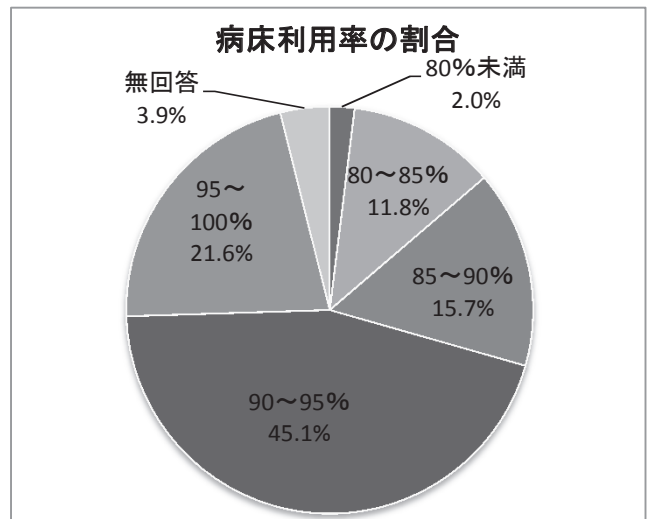
3. 地域移行機能強化病棟入院料の届出について自院の状況にあったものに○をつけてください。

	回答数
① 届出済み	6
② 届出予定 または 検討中	17
③ 届出の予定なし	27
無回答	1
計	51



4. 直近の病床利用率をご記入ください。

病床利用率	回答数
80%未満	1
80～85%	6
85～90%	8
90～95%	23
95～100%	11
無回答	2
計	51



地域タイプ別 病床利用率の散布図 (再掲)

(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つ分類。

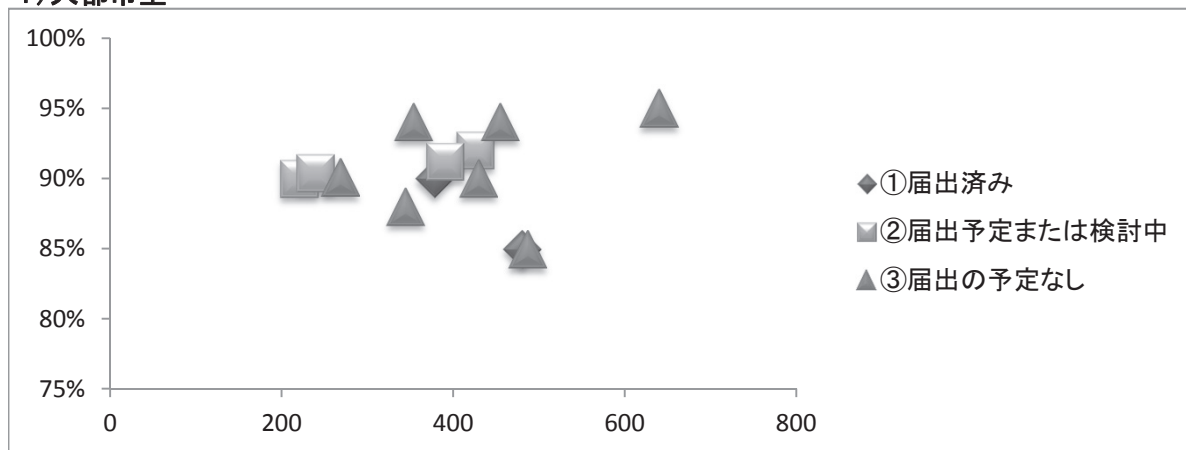
以下に、定義を示す。

1)大都市型…医療圏の人口密度が1000人/㎢以上、または、人口が100万人以上

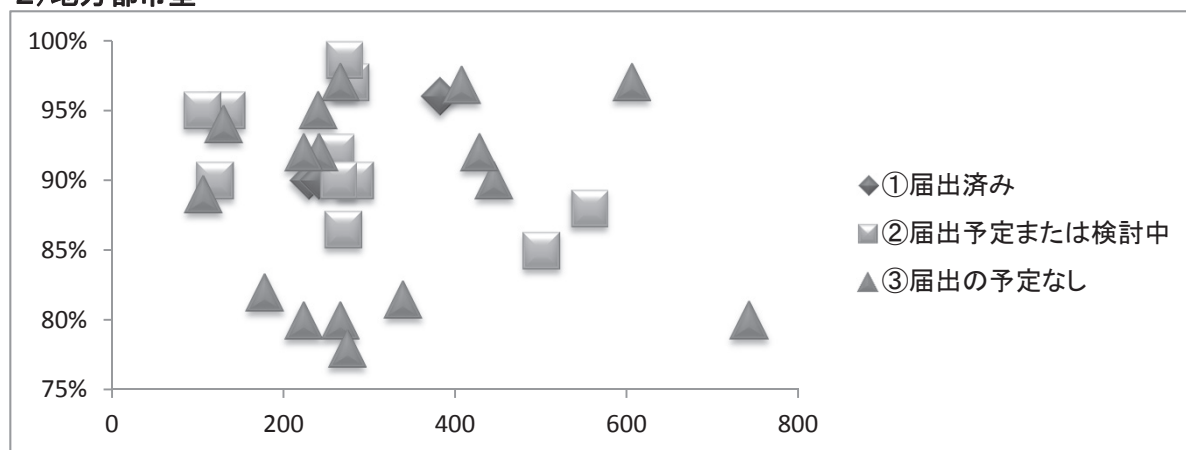
2)地方都市型…大都市型にも過疎型にも属さない場合

3)過疎地域型…医療圏の人口密度が200人/㎢以下、かつ人口が20万人以下

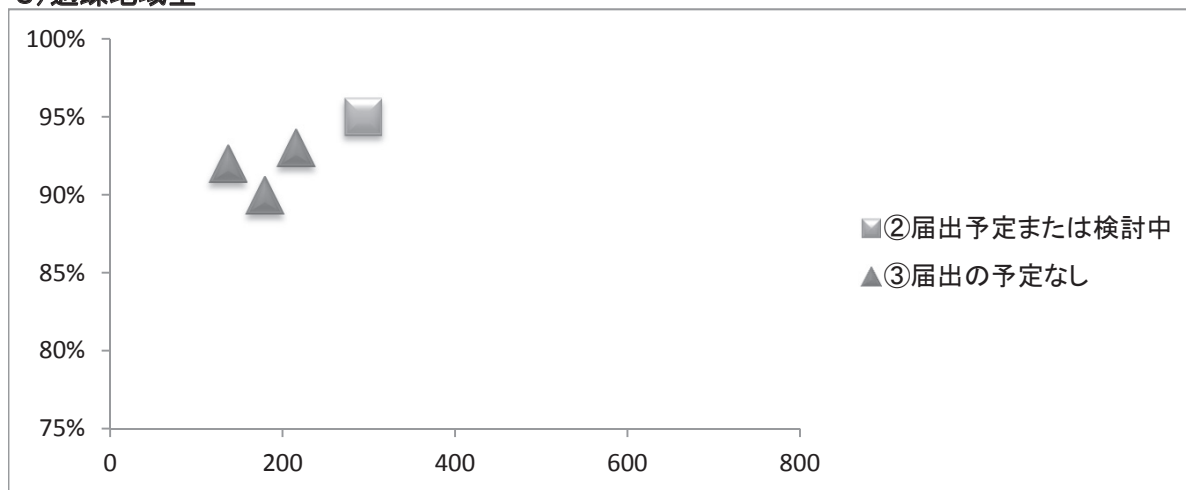
1)大都市型



2)地方都市型



3)過疎地域型



5. 【届出予定 または 検討中の場合】移行病棟と届出予定月、削減予定病床数

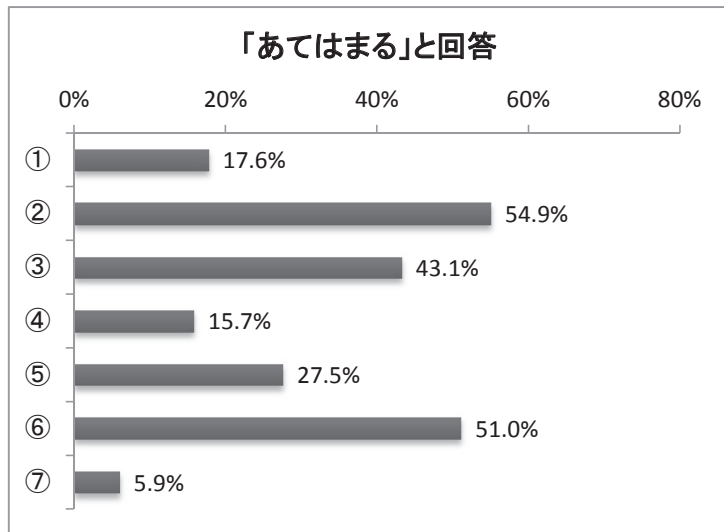
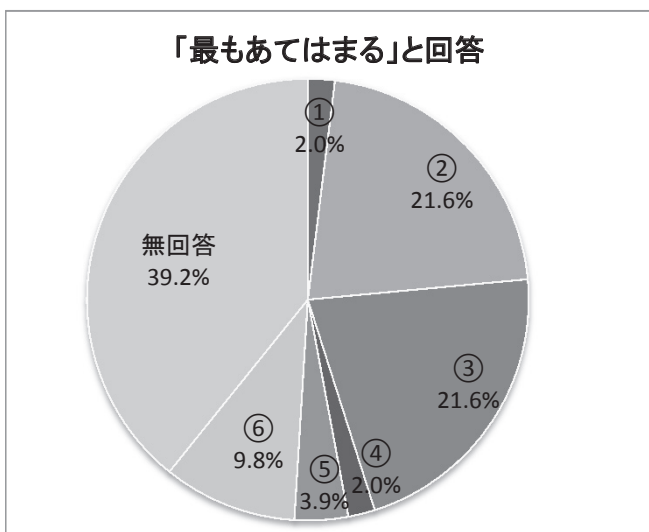
移行予定病棟	回答数
精神病棟入院基本料	2
精神療養病棟入院料	8
未定	2
無回答	5
計	17

届出予定	回答数
H29.4	4
H29.7	1
H30.4	2
未定	3
無回答	7
計	17

削減予定病床数	回答数
12床以下	8
13～24床	1
25～36床	1
37～48床	0
49床以上	2
無回答	5
計	17

6. 地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準のうち、メリットと思われたことは？

	最もあてはまる (単一回答)	あてはまる (複数回答)
① 有資格者の6割に看護職員のみならず精神保健福祉士、作業療法士を含むことができる	1	9
② 既存の空床を削減することで報酬増となる	11	28
③ 点数が高い	11	22
④ 精神療養病棟からでなくても移行できる	1	8
⑤ ハード面の施設基準が緩い	2	14
⑥ いつでも地域移行機能強化病棟入院料を変更前の病棟に戻すことができる	5	26
⑦ その他	0	3
無回答	20	-
計	51	110



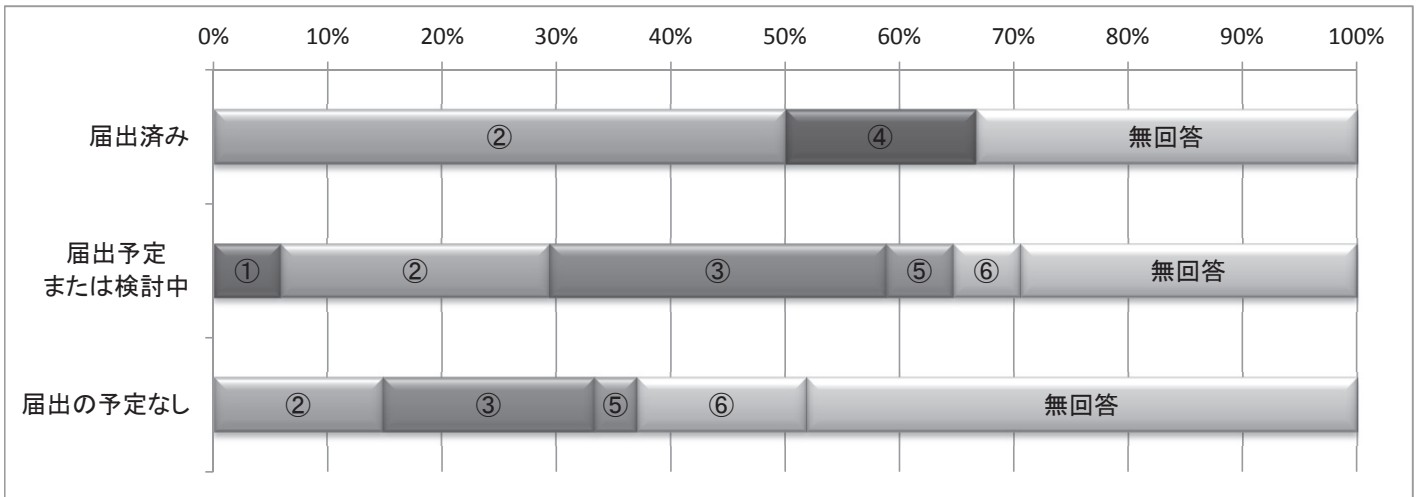
⑦ その他のテキスト回答

届出状況	テキスト
1	病棟削減計画があった為、利用した。
1	病床数削減は厳しい条件であるが、報酬増はメリットである。
2	長期入院患者の退院促進のきっかけとなる。

＜最もあてはまる(単一回答)と回答した病院＞

(※3. 届出状況が無回答の1病院を除く全50病院にて集計)

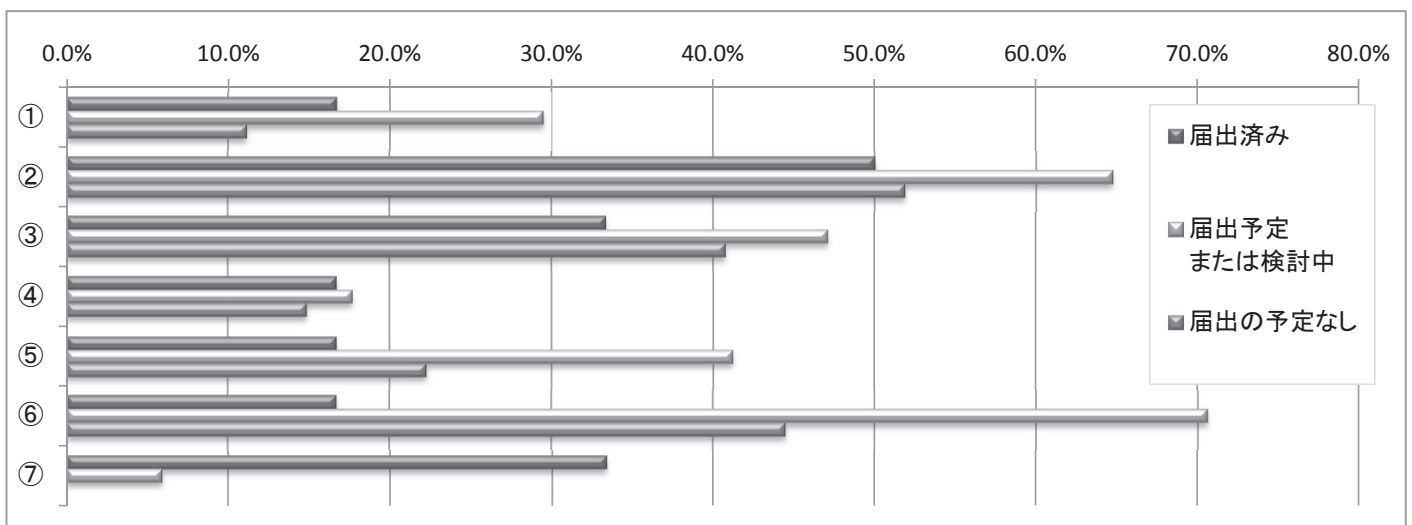
	届出済み	届出予定 または検討中	届出の予定 なし
① 有資格者の6割に看護職員のみならず精神保健福祉士、作業療法士を含むことができる	0	1	0
② 既存の空床を削減することで報酬増となる	3	4	4
③ 点数が高い	0	5	5
④ 精神療養病棟からでなくても移行できる	1	0	0
⑤ ハード面の施設基準が緩い	0	1	1
⑥ いつでも地域移行機能強化病棟入院料を変更前の病棟に戻すことができる	0	1	4
⑦ その他	0	0	0
無回答	2	5	13
計	6	17	27



＜あてはまる(複数回答)と回答した病院＞

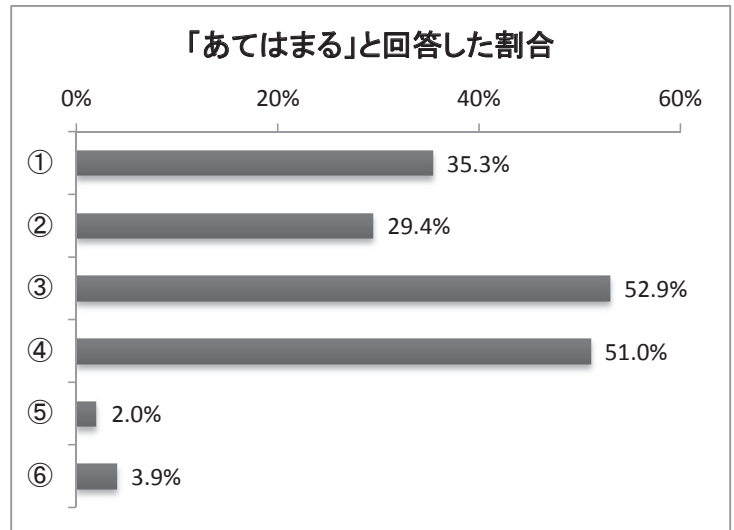
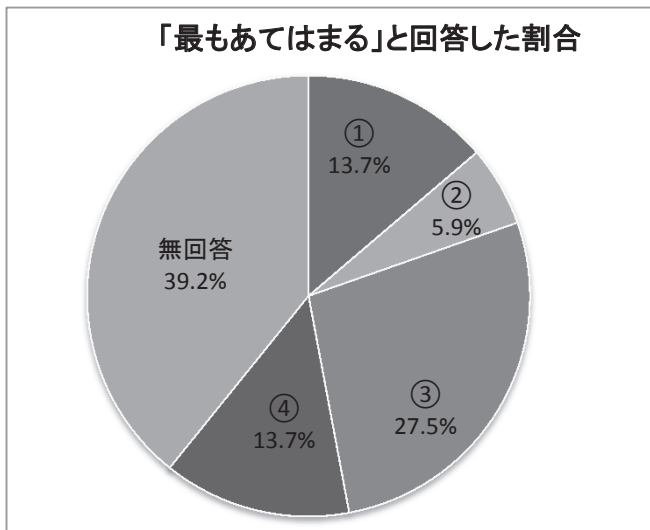
(※3. 届出状況が無回答の1病院を除く全50病院にて集計)

	届出済み	届出予定 または検討中	届出の予定 なし
① 有資格者の6割に看護職員のみならず精神保健福祉士、作業療法士を含むことができる	1	5	3
② 既存の空床を削減することで報酬増となる	3	11	14
③ 点数が高い	2	8	11
④ 精神療養病棟からでなくても移行できる	1	3	4
⑤ ハード面の施設基準が緩い	1	7	6
⑥ いつでも地域移行機能強化病棟入院料を変更前の病棟に戻すことができる	1	12	12
⑦ その他	2	1	0
計	11	47	50



7. 地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準のうち、どの部分が厳しいと感じますか？

	最もあてはまる (単一回答)	あてはまる (複数回答)
① 精神保健福祉士の確保	7	18
② 病床利用率	3	15
③ 1年以上の長期入院患者の退院数1.5%	14	27
④ 届出病床数1/5の病床削減	7	26
⑤ 点数が低い	0	1
⑥ その他	0	2
無回答	20	-
計	51	89



⑥ その他のテキスト回答

届出状況	テキスト
3	1年間の実績は厳しい(取得までの)。
3	経営上でのタイミング、決断力(収入減少、人件費率増加)

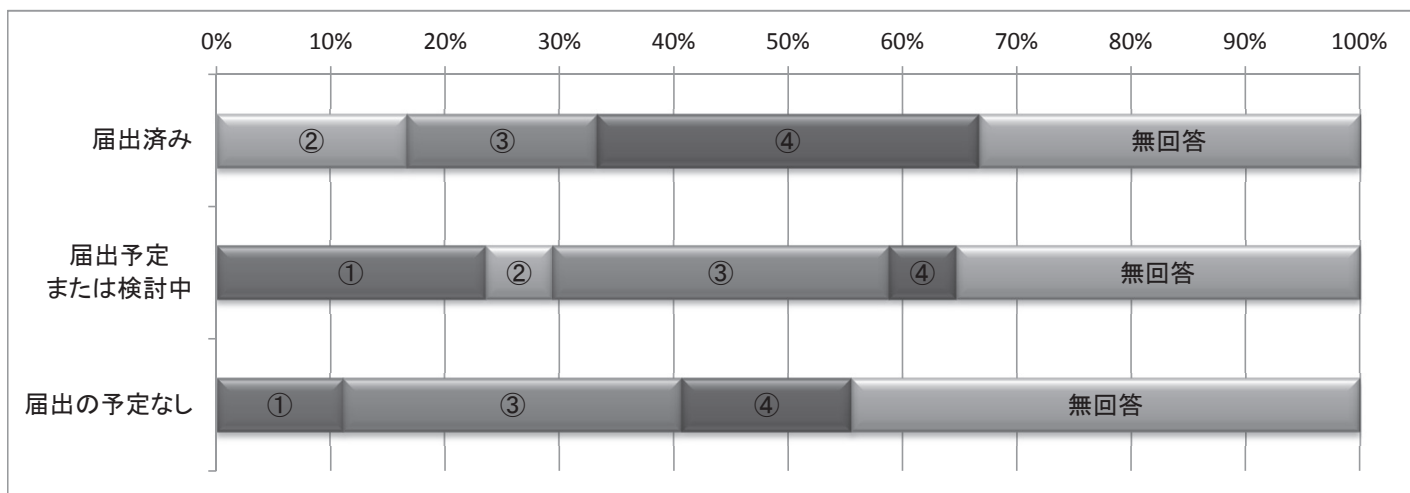
ご要望、ご意見など

届出状況	テキスト
1	精神科病床に削減の方向で政策誘導されますが、経営を考えると病院(一般科、精神科とも)において縮小しななければならないように思います。経営の安定を目指す事例など、今後もシンポジウムを希望します。
2	100床規模の病院や病床利用率が100%に近いケースのシミュレーションや強化病棟を実施していくべきかの判断基準について教えていただきたいと思います。
3	病床数などの一過性の対策と思われ、病院毎の実情に合致していれば得策と考えます。
3	参加者名簿があったらと思いました。
3	地域移行機能強化病棟の出口のイメージが(4年後の姿)良く理解できた。
3	多くの会員が救急化、急性期化して利用率低下し、悪循環になっているのでしょうか？

＜最もあてはまる(単一回答)と回答した病院＞

(※3. 届出状況が無回答の1病院を除く全50病院にて集計)

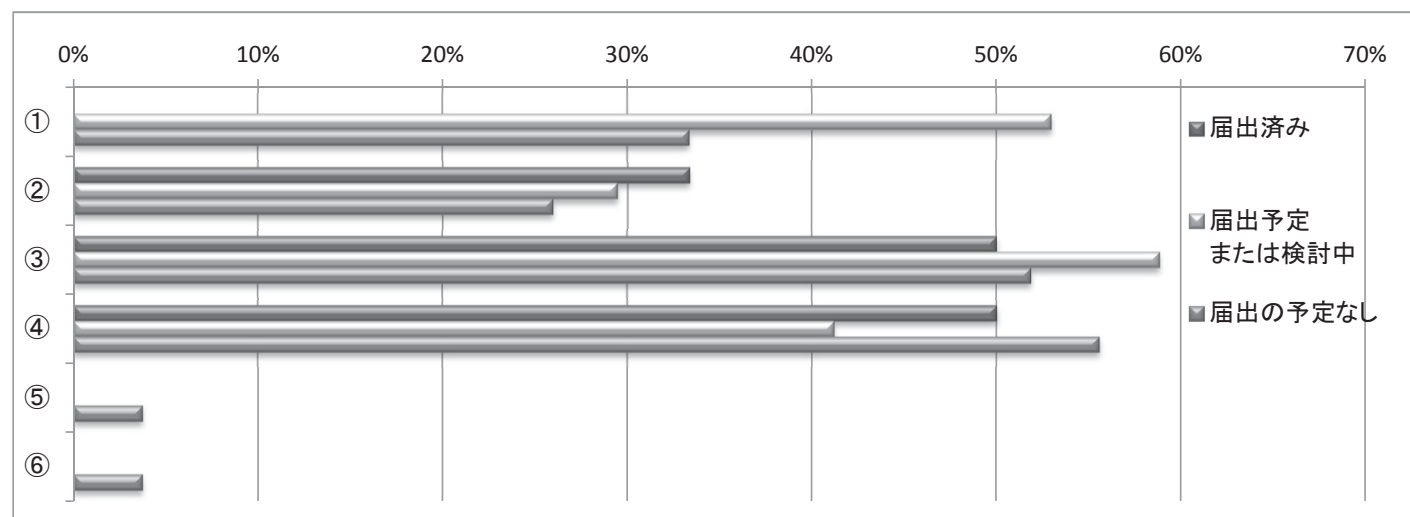
	届出済み	届出予定 または検討中	届出の予定 なし
① 精神保健福祉士の確保	0	4	3
② 病床利用率	1	1	0
③ 1年以上の長期入院患者の退院数1.5%	1	5	8
④ 届出病床数1/5の病床削減	2	1	4
⑤ 点数が低い	0	0	0
⑥ その他	0	0	0
無回答	2	6	12
計	6	17	27



＜あてはまる(複数回答)と回答した病院＞

(※3. 届出状況が無回答の1病院を除く全50病院にて集計)

	届出済み	届出予定 または検討中	届出の予定 なし
① 精神保健福祉士の確保	0	9	9
② 病床利用率	2	5	7
③ 1年以上の長期入院患者の退院数1.5%	3	10	14
④ 届出病床数1/5の病床削減	3	7	15
⑤ 点数が低い	0	0	1
⑥ その他	0	0	2
計	8	31	48



精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウム 参加者アンケート

本日はシンポジウムにご参加いただきありがとうございます。アンケートのご記入にご協力お願い致します。

受付 ID _____ 会員番号 _____ 病院名 _____ 氏名 _____

シンポジウムに関して

1. 本シンポジウム参加の向けて期待していたことをお聞かせください。
最もあてはまるものに◎を、あてはまるものに○をつけてください（複数回答可）

- ① 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準が詳しく知りたい
- ② 地域移行機能強化病棟入院料の算定に向けたシミュレーション方法が知りたい
- ③ 退院先確保の取り組み・精神障害者の地域生活を視点する関係機関との連携方法が知りたい
- ④ 病院の構造改革・病床の機能分化の事例が知りたい
- ⑤ その他

2. 事例報告について ご意見や感想などお聞かせください。

地域移行機能強化病棟入院料の届出について

3. 地域移行機能強化病棟入院料の届出について自院の状況にあったものに○をつけてください。

- ① 届出済み ② 届出予定 または 検討中 ③ 届出の予定なし

4. 直近の病床利用率をご記入ください。

貴院の病床利用率 %

5. 【届出予定 または 検討中の場合】移行病棟と届出予定月、削減予定病床数をご記入ください。

地域移行機能強化病棟入院料に移行（予定）の病棟

届出予定年月 平成 年 月 削減予定病床数 床

6. 地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準のうち、メリットと思われたことは？
最もあてはまるものに◎を、あてはまるものに○をつけてください（複数回答可）

- ① 有資格者の6割に看護職員のみならず精神保健福祉士、作業療法士を含むことができる
- ② 既存の空床を削減することで報酬増となる
- ③ 点数が高い
- ④ 精神療養病棟からでなくても移行できる
- ⑤ ハード面の施設基準が緩い
- ⑥ いつでも地域移行機能強化病棟入院料を変更前の病棟に戻すことができる
- ⑦ その他

7. 地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準のうち、どの部分が厳しいと感じますか？
最もあてはまるものに◎を、あてはまるものに○をつけてください（複数回答可）

- ① 精神保健福祉士の確保
- ② 病床利用率
- ③ 1年以上の長期入院患者の退院数 1.5%
- ④ 届出病床数 1/5 の病床削減
- ⑤ 点数が低い
- ⑥ その他

ご要望、ご意見などございましたら下記にご記載ください

3. 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の作成

(1) 本ガイドラインの主旨、位置づけ

平成26年4月に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下、改正精神保健福祉法）が施行された。これに関連して、「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」が制定された。指針のなかでは、精神病床の機能分化について、「機能分化は段階的に行い、人材、財源を効率的に配分するとともに地域移行を更に進める」「1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する」と述べられている。また、平成26年7月の、「長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」では、病院の構造改革として、「（長期入院精神障害者本人に対する）支援を徹底して実施し、これ以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され将来的に削減される」「急性期等に比べ、入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行機能を強化する」とされている。こうした医療政策的な要因と同時に、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の進歩、また少子高齢化社会の到来のなかでの疾病構造の変化等が相俟って、新規入院患者の退院率が年々向上する一方、長期入院患者は20万人を超えなおかつ高齢化するといった入院患者の二極化が進み、全体的には精神病床における入院患者数は減少に転じている。こうした構造的変化のなかで行われた平成28年4月の診療報酬改定で、地域移行機能強化病棟入院料が新設された。精神病床が今後縮小していく状況を踏まえれば、本入院料を算定するにあたっては、比較的高点数に設定されたインカムを原資として、中長期にわたる病院の構造改革を図ることが重要である。

本ガイドラインは、地域移行機能強化病棟入院料を届け出るにあたっての道標を示したものである。と同時に、中長期的な病院の構造改革に資する視点も盛り込むことを目指している。このガイドラインを策定するにあたって、各病院が当該特定入院料病棟を活用して、中長期にわたって病院の構造改革を図り、地域における期待されるべき精神科医療の機能を確立することに資することができれば幸いである。

(2) 本ガイドラインの構成

1. はじめに
2. 地域移行機能強化病棟の届出の検討
3. 地域移行機能強化病棟の届出準備
4. 地域移行機能強化病棟の届出後の運用
5. 地域の機関との連携 地域資源 受け皿整備
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院入院料関連抜粋
- 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)

Ⅲ. まとめと考察

平成 28 年 4 月の診療報酬改訂で、地域移行機能強化病棟入院料が新設された。地域移行の実績を評価して高点数が算定されるということで注目されたが、実際に同入院料を算定する病院は思った程増えていない(平成 29 年 1 月時点で 28 病院)。平成 28 年 12 月 3 日に実施した「精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウム」の際の参加者アンケートでは、実際の届出病院数が伸びない理由を示唆する一定の傾向がうかがえた。

- 1) 地域移行機能強化病棟入院料の算定・基準のうち、メリットと思われるのは、
「既存の空床を削減することで報酬増となる」
「算定点数が高点数である」
「いつでも届出前の病棟に戻ることができる」
といった項目が挙げられた。
- 2) 反面、地域移行機能強化病棟入院料の要件・基準のうち、届出に際して厳しいと感じられるのは、
「一年以上の長期入院患者の月平均退院率 1.5%」
「届出病床数の 1/5 の病床削減」
「当該病棟に専任の精神保健福祉士 2 名(当該病棟の病床数が 40 を超える場合には 3 名)」
「届出の前月あるいは前 1 年間の平均病床利用率 90%以上」
で高かった。
- 3) 地域特性について

地域移行機能強化病棟入院料について「届出済み」と回答した病院は、いずれも大都市型ないしは地方都市型に含まれており、過疎地域型に属する病院はなかった。地域移行(退院実績)や病床数の減少を評価して高点数を算定できることを歓迎しながら、実際には地域移行のスピードが速いことが求められることや算定後の病床減少数が多すぎる、といった面で躊躇している実態が示されている。

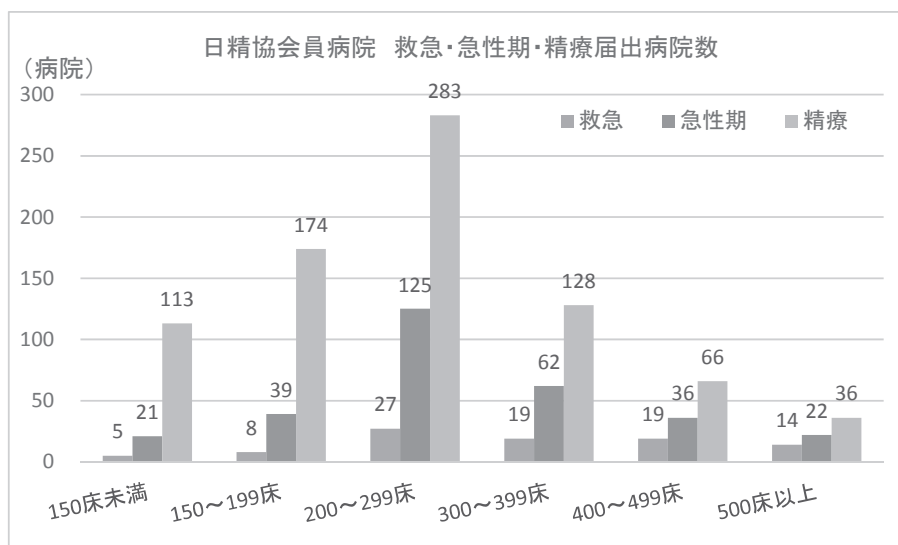
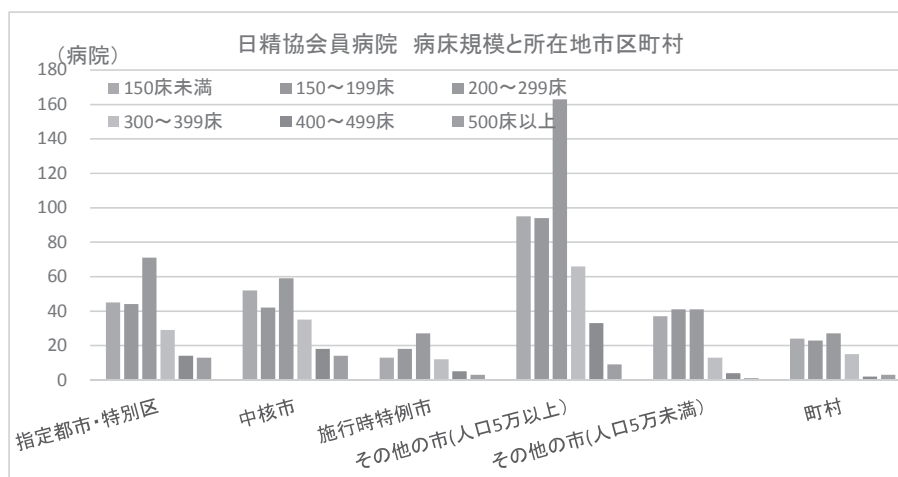
仮に届出する病棟を病床数 60 床の精神療養病棟と想定すると、1 年間稼働させるとして、月平均 0.9 人(≒1 人)の実績と算定後 12 床の病床削減を行うことが求められる。病床利用率 90%以上の条件を満たさない場合には、さらに届出前に予め許可病床数の削減が必要となる。

こうした条件を反映して、既に当該入院料を届出済み、届出予定ないしは検討中の病院では、400 床以上の病院では病床利用率 90%以下の病院が多く、400 床以下の病院では 90%以上が多かった。また、病院の立地している地域については、既に届出済みの病院は、大都市型あるいは地方都市型に属し、過疎地域に立地した病院はなかった。過疎地域に立地することが多い小規模病院では、病棟毎の機能分化が困難であることの反映と考えられる。

中長期の病院運営戦略を検討する際に、「自院の将来における医療機能をどう描くか」は中心的な課題となる。現状の特定入院料算定による病棟ごとの機能分化で考えると、病床数(=病棟数)

が多いほどその選択の幅は広く考えられる。現状においては、比較的小規模な病院の多くは人口5万人以下の小都市や町村部（≡過疎地域）に立地しており、これらの病院では現状でも病棟機能分化が困難な点を考慮する必要がある。さらに、病床数の減少に対して変更後の新たな医療機能を付加することを考えないと、病床減＝収入減となり、地域移行機能病棟入院料の算定は文字通りサンセットメニューとなってしまふ。

今後、少子高齢化による人口構造の変化やストレス社会の反映としての疾病構造の変化、さらに精神科医療技術の発展による入院期間の短縮化に伴い、病床利用率の低下は避けられない。こうした状況での精神病床の機能分化を考えると、3ヶ月未満の急性期治療においては、より高密度の入院治療への導入による早期退院の促進が、また1年未満の回復期治療においては疾病教育や生活環境調整援助に従事する多職種による退院支援の充実が求められる。このことは、病棟機能分化によるのではなくケースミックスによる病床機能分化による必要がある。また、地域移行促進の結果、病床減少となり使われなくなった病床の再利用に関しては、従来考えられていた病床転換型グループホームばかりではなく、新たな医療機能を付与して利用する試みとして、外来診療機能を高規格化したデイホスピタル等も考えられるのではないか。



事業実施結果

(1) シンポジウムの開催

平成 28 年 12 月 3 日、「精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウム」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すでに算定開始ないしは算定開始を予定している4病院(岡山県積善病院、鹿児島県大口病院、大阪府八尾こころのホスピタル、東京都慈雲堂病院)より事例報告を受け、①地域移行機能強化病棟入院料届出までのプロセス、②施設基準達成のためのシミュレーション、③地域移行機能強化病棟入院料届出前の調整、④地域移行機能強化病棟入院料届出についての検討を行った。

あわせて、シンポジウム参加者に対してアンケートを行い、地域移行機能強化病棟入院料届出に関する意向、当該特定入院料算定についての利点、当該特定入院料算定について阻害要因となる要件・基準などについての分析を行った。

(2) ガイドラインの策定

「精神科病院の構造改革と病院運営に関わる中長期経営策定に向けた地域移行機能強化病棟運用ガイドライン」を策定し、地域移行機能強化病棟入院料届出に向けた道標を示すとともに、精神科病院の構造改革を図る視点も盛り込み、中長期的な経営戦略に資する内容とした。

考察

平成 28 年 4 月の診療報酬改定で、地域移行機能強化病棟入院料が新設された。当該入院料は、長期入院患者の退院実績のみならず、病床削減もアウトカム評価するという点で今までにないものである。精神病床が今後漸減していくことが予測されることを考慮すれば、当該入院料を算定するにあたっては、比較的高点数に設定されたインカムを活用して、中長期にわたる精神科病院の構造改革を図ることが重要である。しかし、当該入院料を算定する病院が少ない現状を鑑みれば、さまざまな要因が想定される。本事業では、シンポジウムを開催し、実際に当該入院料を算定ないしは算定予定の病院の状況を聴取し、また参加者アンケートを実施してこれらの要因について分析することができた。さらに、その分析に立脚して当該入院料届出への道標を示し、精神科病院の構造改革と病院経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を策定した。

IV. 検討委員会等実施状況

第1回検討委員会

- 日時 平成28年9月9日(金) 11:00～14:00
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28年度 障害者総合福祉推進事業(20番事業)について
2 協力依頼病院の選定
3 報告用フォーマットの策定
4 シンポジウム内容・会場・開催周知方法の検討
5 ガイドラインの検討

第2回検討委員会

- 日時 平成28年11月25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 協力依頼病院 事例分析・課題抽出
2 シンポジウムについて
3 ガイドラインの項目検討
4 報告書 骨子案の検討

精神科病院の構造改革と中長期経営戦略シンポジウム～地域移行機能強化病棟を考える～

- 日時 平成28年12月3日(金) 13:00～16:00
場所 社会福祉法人天心会 小阪病院 フローラホール
出席者 受講者:65名、検討委員:7名 厚労省:1名 計:72名

第3回検討委員会

- 日時 平成29年2月3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 シンポジウム開催報告・アンケート結果分析
2 ヒアリング分析とガイドライン 構成・進捗確認
3 報告書 構成・進捗確認
4 スケジュール 確認

第4回検討委員会

- 日時 平成29年3月10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

V. 検討委員会委員名簿

検討委員会委員 ※○は委員長

- 河崎建人(公益社団法人日本精神科病院協会 副会長／水間病院 理事長・院長)
堀井茂男(公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事／慈圭病院 院長)
○櫻木章司(公益社団法人日本精神科病院協会 理事／桜木病院 理事長)
江原良貴(公益社団法人日本精神科病院協会 地域移行推進委員会委員長／
積善病院 理事長)
前沢孝通(公益社団法人日本精神科病院協会 地域移行推進委員会委員／
前沢病院 理事長・院長)
野木 渡(公益社団法人日本精神科病院協会 政策委員会委員／浜寺病院 理事長)
長尾喜一郎(公益社団法人日本精神科病院協会 医療経済委員会委員／
ねや川サナトリウム 理事長・院長)
岩上洋一(特定非営利活動法人じりつ 代表理事)
木ノ元直樹(木ノ元総合法律事務所 弁護士)
伊藤弘人(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部部長)

検討委員会事務局担当

- 大竹正道(公益社団法人日本精神科病院協会 事務局)
神宮司豊美(公益社団法人日本精神科病院協会 事務局)
二戸 徹(公益社団法人日本精神科病院協会 事務局)

VI. 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。

Ⅶ. 資料

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

1. はじめに
2. 地域移行機能強化病棟の届出の検討
3. 地域移行機能強化病棟の届出準備
4. 地域移行機能強化病棟の届出後の運用
5. 地域の機関との連携 地域資源 受け皿整備
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 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 26 年 4 月に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下、改正精神保健福祉法）が施行された。その第 41 条第 1 項の規定により、「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」が制定された。指針では、精神病床の機能分化に関する事項において、「機能分化は段階的に行い、人材、財源を効率的に配分するとともに地域移行を更に進める」としている。この項は、「1 年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する」と続く。また、平成 26 年 7 月の「長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の方向性」では、病院の構造改革として、「（長期入院精神障害者本人に対する：カッコ内は編者による補足）支援を徹底して実施し、これ以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され将来的に削減される」「急性期等に比べ、入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行機能を強化する」とされている。こうした医療政策的な要因のみならず、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医療の進歩、また少子高齢化社会の到来のなかでの疾病構造の変化等が相俟って、全体的には精神病床における入院患者数は減少に転じている。反面、新規入院患者の退院率が年々向上する一方、長期入院患者は 20 万人を超え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んでいる。

こうした構造的変化のなかで行われた平成 28 年 4 月の診療報酬改定で、地域移行機能強化病棟入院料が新設された。本入院料は、長期入院患者の退院実績のみならず、病床削減をアウトカム評価するという点で画期的といえる。精神病床が今後縮小していく現状を踏まえれば、本入院料を算定するにあたっては、比較的高点数に設定されたインカムを原資として、中長期にわたる病院の構造改革を図ることが重要である。

本ガイドラインは、地域移行機能強化病棟入院料を届けるにあたっての道標を示したものであると同時に、中長期的な病院の構造改革を図る視点も盛り込むことを企図している。このガイドラインを利用することによって、精神科病院における構造改革が促進され、地域における期待されるべき精神科医療の拠点としての病院運営に資することができれば幸いである。

2. 地域移行機能強化病棟の届出の検討

前項で触れたように、わが国の精神病床をとりまく環境の変化は急速に進展している。こうした変化に対応しつつ、持続的な精神科医療サービスの提供を図るためには、精神病床の機能分化や再編成といったハード面と現行サービスの見直しを含む多職種チームによる精神科医療サービス提供のあり方といったソフト面の両面を含めた精神科病院の構造改革が必要となってくる。本項では、精神科病院の構造改革に係るさまざまな視点を提示しながら、地域移行機能強化病棟入院料算定の適否についても検討することとする。

(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

わが国の精神科医療の特徴として、その多くの役割を民間精神科病院が担っていること、それらの病院が都市部のみならず、地方にも広く分布しそれぞれの地域精神科医療を担っていることが挙げられる。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、

精神病床が縮小していくなかでは、病院ごとに機能分化して専門病院化するあり方やケースミックス方式による病棟内に多様な機能を持つあり方といった機能分化の方法も想定される。都市部においては、病院機能を特化して専門病院化し、そのうえでそれぞれの病院が連携しての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、従来の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。こうした地域では、少子高齢化の進展により、精神科医療の利用者のみならず、精神科医療への従事者もまた同時に減少しており、現状は深刻である。それぞれの病院が立地する地域の特性(人口の将来的予測や疾病構造の特徴等)を把握して、自院の将来的な運営方針を構築していくことが肝要である。

(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、届出前月又は届出前1年間の平均利用率のいずれかが、90%を超えている必要がある。いずれもが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。この際、将来に向かっての自院の適正な病床規模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。届出にあたっては、自院の退院実績がどのようになっているか、上記基準に達していない場合にはどこにその理由があるか、の検討が必要である。

ウ. 必要とされるマンパワーに関する事項

当該特定入院料におけるマンパワーの基準について特記すべきは、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)専従の常勤精神保健福祉士が配置されていることである。精神保健福祉士の業務は、精神科医療機関の中でも多岐にわたり、精神療養病棟など配置が施設基準となっている場合もある。精神保健福祉士の確保は可能かとの検討が必要である。また、当該病棟の届出にあたって、新たに精神保健福祉士の採用を行った場合には、算定の終了後にはどのように処遇するかを検討もしておくことも必要である。

(3) 医療圏内の社会資源について

1年以上の長期入院患者を円滑に退院させるには、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。自宅等への退院としてカウントされるのは、患家(患者の自宅)の他、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設(※)がある。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退院先として、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。

(※:介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものが該当する)

(4) 自院の将来像について

これまでさまざま述べてきたように、今後精神病床が縮小していくことは避けられないと考える。病院所在地の地域特性や自院の現状に鑑み、自院の将来像について構想することは、中長期の経営戦略を立案するにあたって不可欠である。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」においては、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制を構築することが取り上げられている。このなかでは精神医療圏内(※)において、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て、役割分担・連携を推進することとしている。統合失調症、うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患といったそれぞれの精神疾患や精神科救急、身体合併症に対応する病院機能、さらには PTSD、依存症、高次脳機能障害、摂食障害といった一般科との連携が求められる領域、災害医療や医療観察法に係る医療等の政策医療について、都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能のそれぞれを担う精神科医療機関を医療計画に明記することが望ましいとされているのである。どのような機能を担っていくのか、自院の将来像を描く際には、このような視点での検討が求められている。

(※精神医療圏は二次医療圏を基本としつつ、地域の実情を勘案しつつ弾力的に設定することとなっている)

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。

(1) プロジェクトチームの編成

地域移行機能強化病棟の届出に向けた作業チームを立ち上げる。

届出に向けた作業では、

- 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マンパワーに関する事項
- 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

が含まれる。

これらの検討を行うための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

地域移行機能強化病棟に関しては、「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」と示されている。

地域移行機能強化病棟をどの病棟に設定するかについては、こうした要件を満たしつつ、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、といった視点も必要である。

(3) 退院候補者リストの作成

前述したように、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。このため、安定的に退院患者を確保することが必要である。できれば届出を行う段階で、退院可能性のある1年以上ないしは1年以上に及ぶ可能性のある患者についてリストアップしておく必要がある。

(4) 退院先確保・退院調整

前項で述べたように、算定要件として求められている「月平均届出病床の1.5%の退院数」を確保するためには、在宅とカウントされる退院先の確保を進めておく必要がある。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

当該特定入院料病棟を届け出るにあたっては、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必要である。

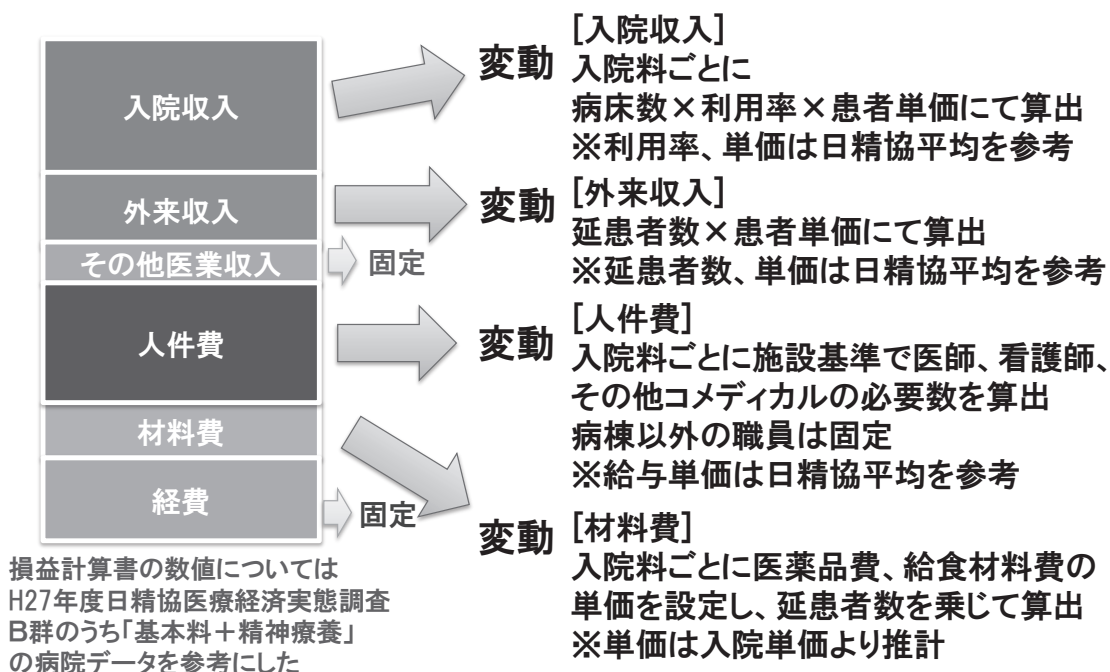
(6) 不足している人員の確保、人員異動の調整

当該特定入院料病棟における施設基準

- 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。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。
- 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。
- 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)

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。

収支予測モデルの仕組み



収支予測モデル 算定条件

- 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

平成27年度日精協医療経済実態調査の
 表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

収支予測モデル 算定条件

◆算定条件_外来患者数等の増加

✓地域移行に伴う、外来、デイケアの増加は以下の想定とする

【外来・デイケア】

- 地域移行した患者のすべてが、週2回通うと想定
- たとえば、12人地域移行の場合、12人×2回×52週＝1,248人の患者が増加すると想定

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

収支予測モデル 算定条件

◆算定条件_訪問事業等の増加

✓地域移行及び余剰人員の活用に伴う、訪問事業の増加は以下の想定とする

【訪問事業等】

- 地域移行した患者のすべてが、週2回受けると想定
- 看護職員1名につき1日6人の患者を訪問すると想定し、病床削減による余剰人員を充てる
- 看護職員が不足する場合は、新規雇用とする
- たとえば、12人地域移行の場合、12人×2回×52週＝1,248人の訪問看護が増加すると想定

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

収支予測モデル 算定条件

◆算定条件_病床利用率の向上 ②のパターン

✓地域移行・病床減に伴い入院患者は減少するが、以下の想定で急性期系病棟の利用率は向上するものとする

【入院患者】

- 地域移行した患者の1/3が3ヶ月入院すると想定
- たとえば、12人地域移行の場合、 $12人 \times 1/3 \times 3\text{ヶ月} = 365\text{人の延入院患者が増加すると想定}$
- 15対1病棟であれば、

$$365人 \times 14,388\text{円/人} = 5,251,620\text{円増収}$$

収支予測モデル 算定条件

- 総病床数276床
- 地域移行機能強化病棟の取得は60床・1年のみ
- 削減病床数は12床
- 外来DC・訪看増は想定、職員はPSW2名、NS1名増員
- ①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(利用率向上)

	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
病棟構成						
入院基本料 15対1	96床	88.6%	96床	88.6%	96床	88.6%
精神療養病棟	180床	93.7%	120床	93.7%	168床	93.7%
地域移行機能強化病棟	0床	-	60床	93.7%	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

・ <①病床利用率:現状維持> (収入計画)

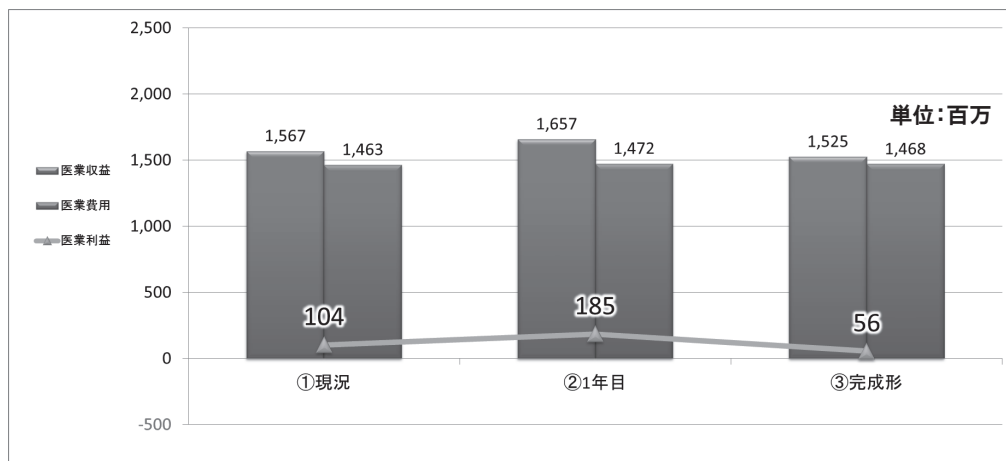
現況	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	
	・15対1	96床	88.6%	14,388	446,687千円	
	・精神療養	180床	93.7%	14,391	885,923千円	
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	
		276床			1,332,610千円	
↓						
最終形	【病棟】	ベッド数	利用率	単価	収益	差額
	・15対1	96床	88.6%	14,388	446,687千円	0千円
	・精神療養	168床	93.7%	14,391	826,861千円	▲59,062千円
	・地域移行	0床	93.7%	18,761	0千円	0千円
		264床			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)

✓ 病床削減後と現況の収支差は約4,800万円減

✓ 1年目は8,100万円の医業利益増



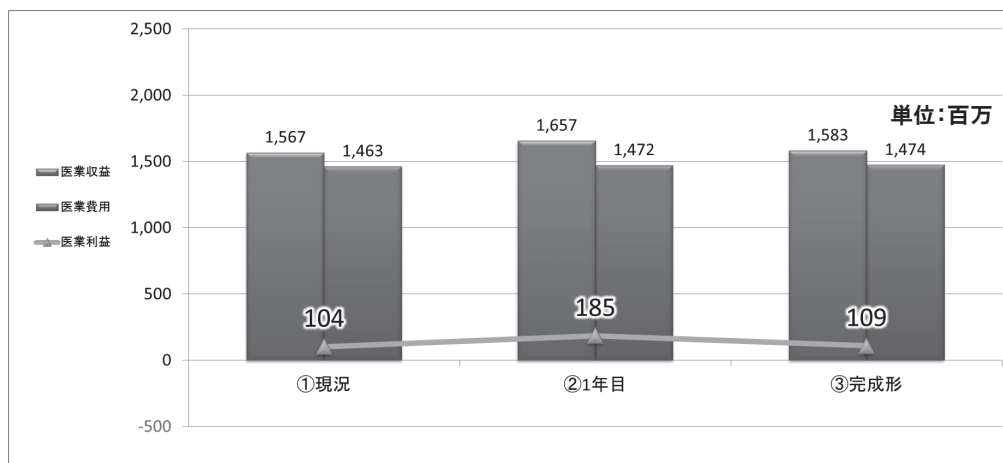
・ <②病床利用率:向上> (収入計画)

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> (収支差)

- ✓ 病床削減後と現況の収支差は約500万円増
- ✓ 1年目は8,100万円の医業利益増



収支予測シミュレーション

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)の病院を想定する。

1)精神療養病棟60床を、1年間、地域移行機能強化病棟として算定する(削減病床数は12床となる)。

2)地域移行に伴う外来・デイケアの増加を、地域移行した患者のすべてが週2回デイケアを利用すると想定する。

3)地域移行による病床削減で生じた余剰人員を活用して、訪問看護を行う。地域移行した患者のすべてが週2回利用すると想定し、看護職員1名につき1日6人の患者を訪問すると想定する。

以上の想定で、A:現状、B:地域移行強化病棟入院料算定中の1年間、C:病床削減後の完成形、のA,B,C間で収支予測を行った。

【結果】

①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、
Aと比べBは8,100万円の医業利益増となる。
CはAに比べ収支差は約4,800万円の減収となる。

②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1/3が3ヶ月入院するとの想定により、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、
Aと比べBは、①と同様に8,100万円の医業利益増となる。
CはAに比べ収支差は約500万円の増収となる。

(8) ハード面での環境整備とコストシミュレーションの検討

当該特定入院料病棟の施設基準には、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)が配置されていることとされている。

(9) 退院支援委員会や退院支援計画書の準備

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の実施
 - 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の支援を入院患者全員に行う必要がある
 - カ)その他
- とされる。

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、退院支援計画に記載することとなっている。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長期入院者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、施設基準となっているアウトカム評価の達成に傾注することが重要である。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トコントロールとデータ管理

当該特定入院料の算定については、対象患者は、当該医療機関での入院期間が 1 年以上の患者又は 1 年以上に及ぶ可能性のある患者とされた。また、「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」が算定要件とされている。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 精神病棟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」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入退棟等のベット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、退院支援相談員が選任される。退院支援相談員は、以下の業務を行うとされている。

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(「退院支援委員会」と称する)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。

※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。

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。

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。

Ⅰ. 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作成すること。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。

※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

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、十分に確認する必要がある。地域移行機能強化病棟を算定・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、遺漏のないよう十分注意し、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。

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。」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ことに注意が必要である。

なお、前述の通り、地域移行機能強化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注意が必要である。それぞれの委員会で月 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に加え、病棟職員は夜勤を行っている者も多く、また行政機関の職員は、土・日曜日の退院支援委員会招集は困難であり、地域移行機能強化病棟の退院支援委員会開催日の調整にあたっては、これらの点にも注意が必要である。

(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、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の連携について解説する。ここでの基本的な考え方を共有しておきたい。

当該病棟の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。精神科病院は、地域生活への移行を自らの責任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り、地域の機関への連携を積極的に求めたい。

(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行う上で、関係機関と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

保健所等に協力を依頼する際、あらかじめ下記の内容についての概要を提示する。その際、保健所等の意見を求めて協議することによって、その地域の特性を踏まえた支援体制を構築することができる。

- ①病棟の規模、目標としている退院者数、年齢層、従前の住所地及び計画スケジュール
- ②地域相談支援の利用の必要性
- ③退院支援委員会への出席について
- ④定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性
- ⑤ピアサポートの必要性

- ⑥地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性
- ⑦居住先の確保の必要性
- 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
- ⑨後見人、保佐人又は補助人の必要性
- ⑩新たな地域資源開発の必要性

(4) 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) それを受けて、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) その際、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(3)の①～⑩について、保健所等に協力してもらうこと、連携して取り組む内容について決定して依頼する。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) (3)の①～⑩について保健所等と連携することで期待できる内容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、連携して取り組みことで、地域の支援力の向上が期待できる。

<p>① 病棟の規模、目標としている退院者数、年齢層、従前の住所地及び計画スケジュール 保健所等は、入院患者の従前の住所地や年齢層をおおまかに把握することで、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を求めることができることから、病院と関係機関との連携が容易になる。</p>
<p>② 地域相談支援の利用の必要性 地域移行支援を利用することで、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が期待できる。</p>
<p>③ 退院支援委員会への出席について 退院支援委員会に地域援助事業者が出席することで、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための支援体制をあらかじめつくっておくことができる。</p>
<p>④ 定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起の必要性 ⑤ ピアサポートの必要性 ⑥ 地域生活を念頭に置いたプログラムの必要性 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。</p>

<p>また、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。</p>
<p>⑦ 居住先の確保の必要性</p> <p>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。</p>
<p>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</p> <p>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。</p>
<p>⑨ 後見人、保佐人又は補助人の必要性</p> <p>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。</p>
<p>⑩ 新たな地域資源開発の必要性</p> <p>医療機関と保健所等が連携して取り組むことで、様々な課題を共有して、その課題について（自立支援）協議会等で検討することで、地域資源の開発が期待できる。</p>

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。

(5) 新たな地域資源開発の必要性

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。通知には下記の内容が盛り込まれている。

<p>地域移行機能強化病棟入院料の通知</p> <p>(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。</p>

当該病棟における、自宅等への退院とは、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特別養護老人ホーム、④介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）、ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出をおこなっているもの）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、開発を考えると、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の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

長らくわが国の精神科医療は、入院中心の治療構造となっていた。それについては、多くは国や社会からの要請によるものであり、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、新規入院患者は早期退院率が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、人材や財源の効率的な再配置が必要となる。本ガイドライン作成を契機として、真に地域に求められる精神科医療の展開に資する精神科病院の構造改革がより進むことを祈念するものである。

〔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〕

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、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I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2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。

[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っては看護要員、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臨床心理技術者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 を超える場合であって、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なければならないこと。
- (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、社会福祉士又は臨床心理技術者のうちいずれか 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、以下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、以下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(a)又は(b)いずれか小さい値を(c)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。
 - (a) 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
 - (b) 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
 - (c) 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、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（I）の（ii）若しくは（iv）、ユニット型介護保健施設サービス費（I）の（ii）若しくは（iv）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているもの）へ移行することをいう。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。

〔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、詳細を記載すること。</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>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>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>

	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厚労省 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)①退院先は「障害者施設」や「障害児施設」、有料老人ホーム、サ高住も該当するのか。

②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)①自宅等への退院とは、患家、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設(介護保健サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健サービス費(Ⅰ)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているもの)のみが対象であり、有料老人ホーム、サ高住も患家に含まれる。

また、「精神障害者施設」の定義は、施設基準通知において、「総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム」とされており、この定義に相当する施設等への退院については、自宅等への退院に含まれる。

②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。

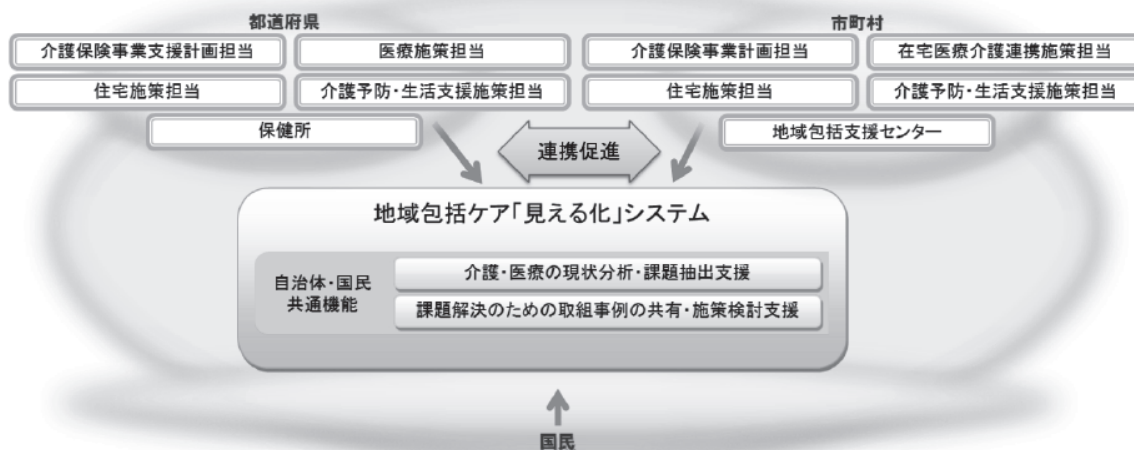
アドレス ⇒ <https://mieruka.mhlw.go.jp/#見える化>

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

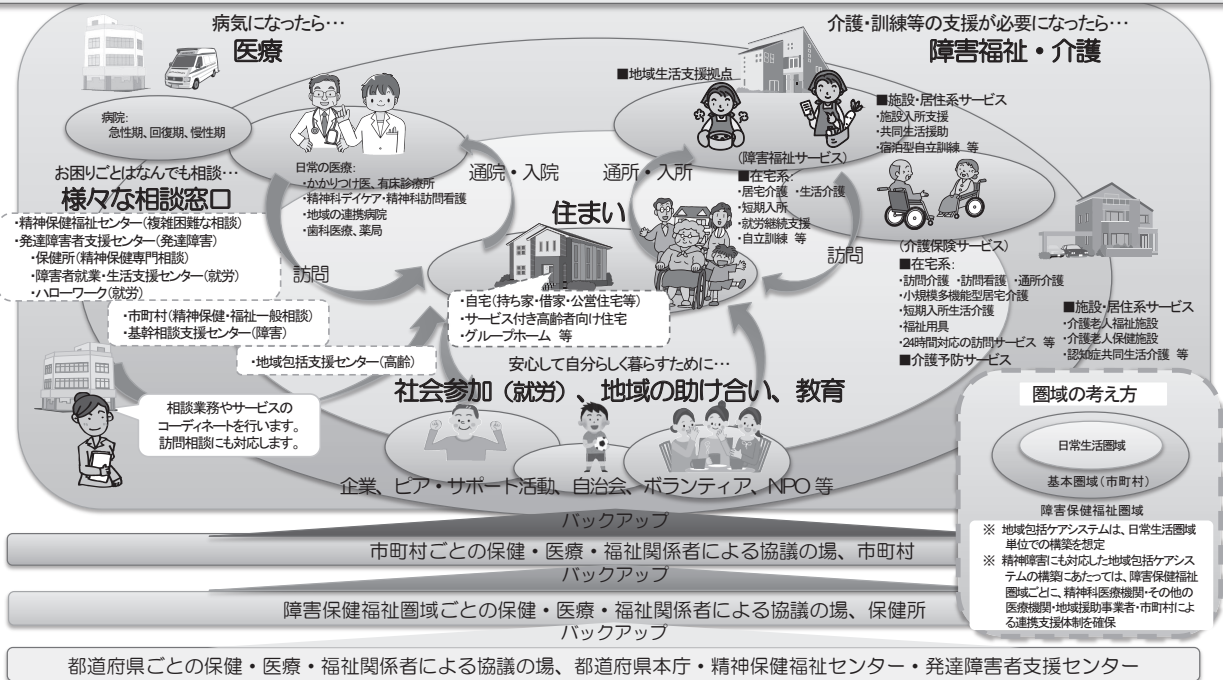
また、本システムは、平成27年7月の本格稼働以降、一部の機能を除いて誰でも利用できるようになりました。このことから、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなることが期待されます。



〔⑩地域包括ケアシステムの構築(イメージ)〕

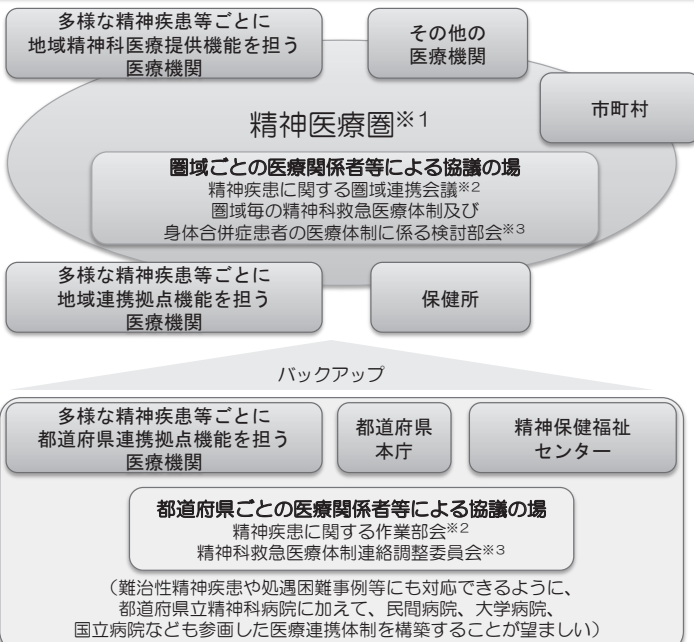
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(イメージ)

- 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 28 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 29 年 3 月発行