



2010年7月8日放送

精神医療の現場で“脱施設化”は進んでいるのか

患者の地域移行に向けて①

病院スタッフのモチベーションを喚起

～山梨県立北病院の取り組み～

山梨県立北病院院長 藤井 康男

### フランスでダウンサイジングを目の当たりにした

私は大学を卒業して1年医局にいた後、1978年から北病院に勤め出しました。北病院は当時から統合失調症患者の退院促進に熱心で、田園型病院の割には外来がかなり多く、甲府駅まで無料シャトルバスが動いていましたし、老人ホームへの退院に早い段階から取り組んでいました。そしてデポ剤による外来維持治療のメッカとして知られていました。

私は北病院で盛んであったデポ剤治療について、本場で勉強しようと思っていました。そして、1985年夏から1年間、山梨と似た環境のアルプスにほど近いフランスの公立精神

病院で給費留学生として、過ごすことになったのです。

当時のフランスの精神医療状況は、1960年代から始まった脱施設化、すなわち病床のダウンサイジングとコミュニティーケアの充実の流れが、一つの完成型に到達した段階でした。私の留学したバッサンス病院の病床数は1953年には1,150床でしたが、1985年には657床に減少し、多くの患者が地域移行するとともに、病院に勤めていたスタッフが地域に出て活動を行っていました。日本では民間の精神病床が9割で、公立が1割ですが、フランスではこの比率が逆転しており、公立の精神病床が9割を占めています。そして、同一の治療チームが入院から外来維持まで一貫した責任体制で治療を行っていましたし、当時、日本にはほとんどなかった精神障害者のための住居やデイホスピタル、そして各種の就労支援などが現実に動いていました。

そして、いまで言うアウトリーチ体制も充実していて、私は訪問スタッフと一緒に地域で生活する患者の所によく行く機会がありました。このような状況は、1980年代の日本ではまさに夢のようであり、「いつかは日本でも」という思いを強く持ちました。当時、日本の一部からは欧米では退院した患者がストリートピープルになっているとか、死亡率が高いとの批判がありましたが、少なくとも私の体験ではそんなことはなかったですし、多くの人々が、それなりに問題は抱えていても、地域で支援を受けながら生活していたのです。

宇都宮病院事件があって、1988年に精神保健法が施行され、この頃から北病院でも長期在院患者の退院促進を本格的に始めようとしており、1989年には訪問が北病院でも開始されました。

そして北病院は、1989～90年に全面改築されましたが、300床の病棟規模はそのままで、児童思春期病棟やデイケアを開始することになり、私はデイケアの責任者になりました。

この頃、リハビリを取り仕切っていたケースワーカーが、必死にアパートや職場を探していましたが、これらの確保は容易ではなく、ワーカー自身が保証人になって、アパートを借りたことも少なくありませんでした。このような状況を見て、北病院の患者を受け入れてくれていた町工場の社長がアパートを建ててくれることになり、これが山梨県で初のグループホームになり、そこに1993年に長期在院の患者を退院させたのです。しかし、退院した患者は、自殺未遂をしたり、行方不明になったり、思わぬ身体疾患で亡くなったりと、事故が絶えませんでした。1995年にはもっと充実したグループホームが作られましたが、これもすぐ満員となり、北病院の訪問やデイケアも満杯で、これ以上の患者の地域への退院や支援は容易ではないと皆が感じていました。

2001年の北病院には三つの閉鎖病棟と二つの開放病棟があり、260人台の入院患者があり、年間新入院件数は400ちょっとでした。デイケアは50人定員でしたが、予約待ち数カ月でも困っていました。そして、訪問専任スタッフ1名で、スタッフが圧倒的に不足していました。長期在院患者の退院は滞っている一方で、保護室・個室は不足し、新規入院の受け入れに苦勞していました。

しかし病院経営的には県からの繰り入れの元に黒字で、県当局は北病院の状況に問題意

識はほとんどなかったでしょう。

一方で第2世代抗精神病薬（特にオランザピン）の臨床導入もあって、何かを変えなければというエネルギーが現場スタッフに鬱積していたのです。

このような状況のなかで、2001年晩秋に、県の部長と北病院幹部で一杯飲む機会がありました。この部長は、精神科に理解がある方で、その席で、「北病院で何か要望がないのか」と聞いてくれたのです。そこで、患者の退院する場所がないので、何とかしてもらいたいと頼み、部長からは、援護寮でも作ったらどうか、しかし、建築費はなんとでもなるが、でも「人は増やせないぞ」ということになったのです。これがこれからお話しする北病院のダウンサイジングと機能強化の幕開けでした。

## スタッフの気運が高まり退院が増えた

部長からの提案は、北病院内部では連鎖反応を起こし、医者や看護など中核スタッフ一同で、ホワイトボードを前にして真剣にブレインストーミングを繰り返しました。援護寮職員には最低でも6人の常勤スタッフが必要で、これを生み出すには、病棟の規模を縮小しても意味はないことがわかりました。いっそ65床の開放病棟一つをやめれば、18人のスタッフを他部門に割り振れ、援護寮だけでなく、数十人が待機してなかなか入れない状況のデイケア枠の増加や、絶対に必要と思える訪問専任スタッフの増員もできます。私はついに念願だったフランスでの体験を日本で現実にするチャンスがきたのかもしれないと思いました。

しかし日本では病院は独立採算ですので、病棟を閉鎖すれば、当然入院収入は大幅に減るので、そのままではスタッフを減らされるだけで、訪問やデイケアなどへの転用などできません。そうしているうちに、2002年から精神科救急入院料という新しい入院の診療報酬が生まれるというニュースが飛び込んできて、これをやろうということになったのです。

そして開放病棟の削減と援護寮、精神科救急入院料病棟などの整備、デイケア・訪問の強化の三つをすべてセットで実現するのが、臨床的にも経営的にもベストであることを確信した我々は、これらを北病院機能強化プランと名付けたのです。

かなりのやる気で作ったこの機能強化プランを県に持って行って交渉を開始したのは、2002年度前半でした。しかし交渉は難航し、担当課長からは、「このままでいいじゃないか、どうなるかわからないような危ないことに手は出せない」と言われました。担当課長の心配はいまから考えともっともなのですが、それでも「長期患者を本当に退院させられるのか」言われたことには相当カチンときたのです。

病院スタッフ一同、それなら「退院させてみようじゃないか」という気になったのです。我々は機能強化プランで盛り上がり、いまさら引くに引けない状況です。そして、2002度の1年間で51名の1年以上の長期在院患者を退院させることができました。

そんなに退院させられるなら、それまでさぼっていたのではないかとと言われると、反論

はできませんが、長期在院患者の退院というのは、相当に気合いが入らないとだめなのです。なぜなら、このような患者の多くはそのまま入院したいと望みますし、家族は退院に反対することが多く、病棟の看護師は退院なんて無理とか可哀想ではないかと反応し、急性期の患者の治療には熱心な主治医も、長期在院患者となると、このまま置いておけば無難なのに……と二の足を踏むのが一般的です。何よりも精神科病院の入院期間には制限がないことが大きいのです。しかしこの段階では病院全体の気合いが違って、みるみる長期患者は退院しました。しかし、機能強化プランは担当課長との交渉が難航し、デッドロックに乗り上げたかにみえたのです。

ところが、ここで思ってもみない展開になりました。2002年秋には、在院患者の減少のために、病院会計は2億円の赤字見通しとなってしまい、私は当時、副院長でしたが、担当課長からは「患者を退院させれば赤字になるのはわかっているだろう、経営についての計画性もないのか」と強く叱責されました。

しかし、ここがチャンスだったのです。北病院の赤字化は県庁内で問題となり、財政課長からは、担当課に赤字削減のための対応方針を求められ、黒字に戻す方策を早急に検討しろとの指示がありました。しかし一度退院した長期患者をまた病院に呼び戻すことなどできないのです。すでに皆でルビコン川を渡ってしまったことは誰の目にも明らかでした。

その後の展開は省略しますが、当初2005年春にすべて完結させるつもりだった機能強化プランは、様々な要因が重なり、2007年春までかかることになりました。全面改修した1A病棟は2005年8月から、全国で17番目の精神科救急入院料病棟としての認可を受けました。県立民営援護寮は、自立支援法の施行で混線し、最終的には指定管理者制度による、全国初の県立民営の新築の敷地内退院支援施設となり2007年1月に運営が開始されたのです。

機能強化プランのなかの最重要課題は、長期在院患者の退院促進です。我々は2002年度当初から、多職種で退院促進プランの検討を始め、そこでは長期在院患者のデータベース作り、毎月病院全体で行う退院促進ミーティングでの長期在院患者の退院可能性の厳密なチェックや老人ホームや知的障害施設への申請状況の把握、単身生活のためのグループホームやアパート情報など、現在でも行われている活動の根幹が作られました。

まさに「長期患者の退院促進に王道なし」で、皆がコツコツと努力を積み上げるしかありません。我々がしたことは、私も参加する毎月のミーティングでの長期在院患者全員の退院促進の進行状況のチェックと、退院達成に貢献したスタッフへのポジティブフィードバックです。そして、退院した患者が、病院の中よりもはるかに元気で地域で生活していることがわかるにつれて、スタッフも自信をもって患者や家族に対して退院促進を話せるようになっていったのです。

## 転院ではなくダウンサイジングが目標

北病院のダウンサイジング計画のためには、1年以上の長期在院患者数、長期在院患者

の退院数、さらに新たに1年以上の長期入院となる患者数の三つの要因を分析し、病床計画を作りました。

2002年4月の在院患者数は251人で、このうち1年以上の長期在院患者は174人で、すなわち1年以上の患者割合は69.3%でした。そして、2009年4月までの7年間に1年以上の長期在院患者を209件退院させました。しかし、同じ5年間に、新たに1年以上の長期入院になった患者は98件あったので、差し引き111だけ長期在院患者が減少したことになります。

2009年4月時点での在院患者数172人のなかで1年以上の長期在院患者は63人なので、その割合は39.5%となり、7年前と比べて30ポイント減少したのです。一方で、新入院患者数は467から700以上に増加し、平均入院日数をほぼ半減させることに成功しました。

私は、長期在院患者を地域に退院させる過程のなかでこそ、各種の治療技法を臨床の場で試し、身に付け、病院の力を付ける好機だと考えました。そして他の精神科病院への転院という形をできるだけしないで、ダウンサイジングを行うことを目標としたのです。

6年間で退院した長期在院患者の退院先は、地域への退院が56%、施設への退院が27%、転院が15%でした。8割以上の患者を、転院ではなく、地域などへ退院させることができたことは大きな成果だと思っています。

2007年1月に北病院の敷地内にできた、20人分の個室を持つ退院支援施設の「あゆみの家」は3年を経過しました。ここは基本的には2年間で次の段階に進むことを要求されている中間施設です。これまでに38人の患者が北病院からここに退院しましたが、そのなかで17人が次の段階に進み、大部分はグループホームや福祉ホームなどに移ることができたのです。これらの患者は、もしそのまま北病院にいたら、とても退院は困難であつたらう難しい例ばかりです。病院から次の段階に進めるのは容易ではないが、一度病院外の施設での生活が可能となり、それが期間限定であると、次の段階に移行することは、病院よりはるかに容易になり、市町村などの協力も得やすくなるのです。これは最近、我々が特に痛感しているところです。

我々は機能強化プランを行いながら、20年前と比較してパラメディカル数を11名から25名、精神科医数は6名から12名と大幅に増加させることができました。もちろん、これでも十分とは言えませんが、患者の地域移行を行ううえで、病院スタッフのモチベーションを高めるには、スタッフ増員は欠かせません。そしてこのようなスタッフ配置を行いながら、黒字経営を続けることが必要ですし、このためには十分な計画性が求められます。今年7月から北病院には小規模併設型指定入院医療機関が開設されますが、これまでつちかってきた地域移行のノウハウを十分活用しながら、充実した多職種チームによる医療体制をここでも実践していきたいと思っています。

「総合メディカルマネジメント」

<http://medical.radionikkei.jp/sogo-medical/>